

L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Ce, rue Dussoubs, 22.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL



Rédacteur en Chef : M. le docteur L.-Gustave RICHELOT.

Gérant : M. le docteur RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE.

TOME TRENTE-QUATRIÈME.

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL,

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11.

ANNÉE 1882.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DANS QUEL ESPRIT IL FAUT ÉTUDIER LES DIATHÈSES,

Par le docteur DURAND-FARDEL.

(Lecture faite à l'Académie de médecine, dans sa séance du 25 avril 1882.)

Je viens réclamer de l'Académie un moment d'une attention bienveillante, qui ne m'a jamais paru plus nécessaire qu'aujourd'hui, pour une communication relative à un sujet de philosophie médicale qui se rattache par des liens, peut-être moins apparents que réels, aux questions d'applications pratiques qui sont portées habituellement à cette tribune. Bien qu'il s'agisse ici de problèmes assez vastes pour pouvoir être considérés comme la base de la pathologie tout entière, je renfermerai les considérations que j'aurai l'honneur d'exposer devant l'Académie dans une série de propositions concises, et que je m'efforcerai de rendre aussi claires que possible. Mais il faudra que l'Académie consente à me suivre dans la série de déductions que je me propose de lui soumettre au sujet de l'esprit qui doit présider à la conception des diathèses.

I

Quelles sont les conditions qui paraissent propres à modifier la constitution normale de l'organisme humain, lequel doit être considéré comme une agglomération de cellules douées d'une vie propre et indépendante, mais unies dans une solidarité réciproque dont le système nerveux est l'agent, et entretenues par un liquide nourricier qui les baigne et dont les éléments lui sont fournis par le système circulatoire? Ce rouage, éminemment complexe, nous ne pouvons le concevoir en état

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE : Les Psychopathies contemporaines. — Les névroses en 1882. — Une abracadabrante histoire. — Le *grand œuvre*. — Comment on devient spirite. — La transmutation du Dr Agnote.

C'est un devoir pour moi, douloureux devoir auquel, chers lecteurs, vous vous associerez certainement, de commencer ce feuilleton par une dernière pensée à l'ancien et très regretté rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE.

A d'autres plus autorisés de rendre à sa mémoire le suprême hommage qui lui est dû. A d'autres de retracer l'histoire de ces œuvres durables dont il a été l'initiateur et qui lui survivront. Mais dans ses aimables *Causeries*, sa plume toujours alerte et toujours généreuse avait pris pour devise : *Respect à la tradition; encouragement au progrès et tolérance pour les opinions*. Tel est le modèle que nous devons toujours avoir devant les yeux; tel est l'exemple qui sera inoubliable. Le meilleur moyen d'honorer les hommes de cœur et de bien après leur mort, est encore de les imiter !

***

Il y aurait à écrire une intéressante page de littérature médicale sur l'état psychologique de nos contemporains. Aucun sujet, m'objecterez-vous, n'a été plus rebattu par les moralistes? Je n'en disconviens pas. Il n'en est pas moins digne pour cela des méditations des médecins. Vous souriez, chers lecteurs. — Allons ! dites-vous : voilà le confrère Agnote qui prend le

parfait que par l'idée d'une harmonie complète entre les éléments dont il se compose; cette conception elle-même, prise dans un sens absolu, étant sans doute purement idéale.

Il n'est question ici que de ces modifications de l'organisme que nous nommons constitutionnelles ou diathésiques. Il ne s'agit pas des accidents traumatiques ni des troubles fortuits qui engendrent les maladies aiguës ou accidentelles (je viens d'exposer la matière de la pathologie tout entière), bien que les uns et les autres puissent réagir sur l'état constitutionnel, de même qu'ils en subissent les influences.

Les agents modificateurs de l'organisme sont de deux ordres : l'*hérédité* et les *circonstances hygiéniques*.

II

L'hérédité est une condition à laquelle nul n'est soustrait. Le plus humble des prolétaires ne compte pas moins d'ancêtres que les plus nobles barons de la chrétienté. Mais la transmission héréditaire est un composé dont l'analyse est des plus confuses. Outre le mélange de ses éléments les plus immédiats, et outre l'incertitude scientifique qui ne peut manquer de planer sur la filiation masculine, elle se perd dans des éléments d'une inextricable complexité, que l'atavisme recule dans des proportions indéterminables. Les cas les mieux saisissables de transmission directe n'autorisent pas à faire abstraction des éléments composites qui lui appartiennent. Dans l'immense majorité des cas, on ne peut que s'en tenir à une conception virtuelle d'influences impossibles à distinguer, mais dont la réalité est indéniable et immanquable.

Entre la période de la conception où se sont effectuées les transmissions héréditaires, et les périodes consécutives à la naissance où se développeront les influences hygiéniques, se place une période intermédiaire, correspondant à la vie intra-utérine.

A la participation qu'a prise la mère elle-même aux conditions héréditaires, il faut ajouter l'influence que les circonstances éventuelles de sa santé et de son affectivité ont pu exercer sur l'évolution définitive du germe.

Indépendamment donc des maladies proprement dites auxquelles est exposé le fœtus pendant le cours de la vie intra-utérine, les traces, si souvent manifestes, du retentissement sur sa constitution et sur sa conformation des éventualités de la

---

mors aux dents! Agnote s'emballe. —Non assurément; tranquillisez-vous! Ne redoutez pas les écarts du paisible Pégase que j'ai enfourché. Que les neuropathologistes qui me font la faveur de lire ma prose n'éprouvent aucune crainte! Je ne suis pas affecté de la maladie du siècle.

Ne lisez-vous pas quotidiennement les doléances de gens qui sont hommes de plume plus encore qu'hommes de lettres. A mon avis, ils se donnent le rôle de ces pleureuses de profession qui, dans certaines provinces, accompagnent les corbillards et se mettent en location pour verser des larmes à l'heure. Notre siècle est névrosique! Soit! Je le reconnais ; mais vraiment c'est aller un peu loin d'oser écrire que notre société est — « une sorte de maison de fous » — Bast! ces Alcestes oublient trop, à mon avis, qu'ils comptent au nombre des habitants de la maison. Aussi, je me garderai bien de suivre sur ce terrain glissant les dramaturges et les romanciers qui, de par leur propre autorité, s'arrogent le titre et es qualités de cliniciens de la psychologie.

* * *

Ces réflexions, qui seront peut-être aussi les vôtres, me viennent à l'esprit en parcourant le volumineux *Traité des névroses* de M. le docteur Huchard. Ce monument élevé à la neuropathologie par Axenfeld, et complété par notre affectionné maître, est en effet l'évènement médical de la semaine. Mais une complete appréciation d'une telle œuvre n'est pas à sa place dans le sous-sol d'un journal; elle doit occuper le premier étage. Aussi, sans m'arrêter plus longtemps, je salue le nouveau-né; j'exprime les souhaits habituels qu'on doit à l'heureux père d'un vigoureux rejeton et je reviens à mes moutons.

Eh bien, il y aurait dans cette étude de psychologie pathologique la matière d'un chapitre

santé et du genre de vie de la mère, ne sauraient laisser de doute sur l'existence réelle, dans bien des cas, de traces non moins effectives, alors même qu'elles nous demeurent insaisissables.

L'enfant apparaît donc au jour préparé dans un certain sens par des conditions héréditaires immanquables et par des conditions intra-utérines possibles.

III

Alors s'emparent de lui toutes les circonstances hygiéniques qui viennent l'envelopper de toutes parts pour ne plus l'abandonner de tout le reste de son existence. Il n'est pas nécessaire d'en faire l'énumération. Tout ce qui appartient à la matière de l'hygiène et de ses divisions classiques joue ici son rôle, et, par la répétition, l'habitude et même l'accident, prend sa part à l'évolution ultérieure de l'organisme. Ce qui domine alors c'est l'air inspiré, les aliments introduits, les affections ressenties.

Ces innombrables influences, innombrables, car elles se multiplient par leurs combinaisons mutuelles, comme par leur degré d'intensité, qu'elles soient régulières ou désordonnées, salutaires ou nuisibles, viennent se rencontrer avec les influences héréditaires et innées, et s'y mêler, soit dans un sens identique pour les favoriser et les agrandir, soit dans un sens contraire pour les amoindrir ou les annihiler.

Tel est l'écheveau qu'offre à démêler à l'analyse l'étiologie réelle qui peut servir à définir la physiologie des constitutions ou à construire la pathogénie des diathèses, problème le plus souvent impossible à résoudre avec certitude.

Car s'il est des hérédités fatales qui permettent, encore n'est-ce jamais à coup sûr, de prédire au produit de la conception, soit la tuberculose, soit la névrose, soit la goutte; s'il est des milieux hygiéniques qui semblent condamner à la scrofule, à la chlorose, à la phthisie, ce ne sont là que des exceptions auprès des cas où le dédale de l'hérédité, ou bien la confusion des circonstances hygiéniques, nous laisse dans l'incertitude ou l'ignorance des causes qui ont dirigé l'évolution d'un organisme dans tel sens ou dans tel autre.

(A suivre dans un prochain numéro.)

---

bien digne de cette plume alerte qui vient de signer ce livre et d'écrire des pages aussi éloquente qu'originales sur l'*Etat mental, le caractère et les mœurs des hystériques.*

Lisez donc ces pages, chers lecteurs, si vous ne l'avez pas fait; auquel cas je vous plains. Relisez-les si vous les avez déjà parcourues, et, soyez-en certains, vous vous féliciterez de mon conseil. Vous y trouverez la clef des phénomènes étranges du névrosisme contemporain; vous ne vous étonnerez plus de cette moderne explosion de magnétisme, de somnambulisme, de spiritisme, d'extase, et aussi de la superstitieuse crédulité des badauds du XIX[e] siècle aux Davenport, aux Thomson et aux Donato.

Parler du merveilleux et du surnaturel en 1882, c'est, me direz-vous, provoquer le sourire du lecteur; c'est risquer de se faire passer pour un homme d'un autre temps. Allons donc!

***

Voici, par exemple, la *pierre philosophale!* Vous croyez peut-être que cette hallucination ne hante plus l'esprit de l'homme? Vous vous trompez. L'autre jour encore, la police correctionnelle faisait justice d'un habile yankee coupable d'avoir voulu, en 1882, jouer au Paracelse et au Nicolas Flamel. Ce fripon n'était plus de son siècle, m'objecterez-vous? Il en était; il en est et il en sera longtemps encore.

A travers les vapeurs empourprées de ses creusets, il faisait entrevoir à ses dupes le séduisant mirage des monceaux d'or. Il murmurait à leurs oreilles des mots cabalistiques que Raymond Lulle ou Arnaud de Villeneuve n'auraient pas désavoués. *Abracadabra!* et nos croyants, sous le charme, entendent le tintement métallique de l'argent. *Abracadabra!* et leurs yeux sont fascinés par les trésors de Crésus. *Abracadabra!* et leur esprit docile est convaincu de la transmutabilité des métaux.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'USAGE INTERNE DU PERCHLORURE DE FER (1).

III

Dans l'article précédent nous avons exposé le très intéressant paradoxe de M. le professeur Luton. Comme le dit fort bien notre distingué confrère, nous nous trouvons en présence d'une théorie qui peut servir de pendant à la théorie de Mialhe sur les composés mercuriels. Ces composés se réduiraient en dernière analyse à l'état de bichlorure absorbable. La pharmacopée du fer se trouverait bien simplifiée, puisqu'il suffirait une fois pour toutes de prescrire le chlorure ferreux. Mais le fait dominant pour M. Luton, c'est le dégagement possible de l'élément électro-négatif qui sera, suivant le cas, l'acide lactique, l'acide sulfurique, l'acide phosphorique, l'acide oxalique, l'acide citrique, l'acide tartrique, l'acide iodhydrique, etc. Ces acides seront tantôt utilisés pour eux-mêmes, et comme topiques; et tantôt serviront à mettre en liberté l'acide chlorhydrique des chlorures alcalins : ce qui nous ramène au cas général que M. Luton a mis en évidence ci-desus. Le savant professeur de Reims ne voit à signaler, comme cas particulier, que le fait de l'iodure de fer; ce corps aboutit en somme à un iodure alcalin, qu'il eût été plus simple de prescrire directement, si toutefois on n'attache aucune importance à la production intermédiaire de l'acide iodhydrique qui a dû se former à un certain moment. De toute façon, ajoute M. Luton, la vogue dont jouit ce médicament ne nous permet guère d'en combattre l'emploi avec quelques chances de succès; il nous suffit pour notre amour-propre de ne pas être dupe d'une illusion.

Cette réflexion, qui de nous ne l'a faite, et plus on avance dans la carrière, que de fois ne s'est-on pas surpris à craindre les illusions et à s'en défendre. Mais le vieux praticien se méfie des théories; il sait que les progrès de la science ébranlent chaque jour les théories qui lui semblaient les plus solides au début de sa carrière; plus il a pratiqué, plus il réduit son arsenal thérapeutique et, sans se demander pourquoi tel médicament opère, il l'ordonne s'il en tire un bénéfice.

Aussi nous craignons bien que toute ingénieuse que soit la théorie de M. le professeur Luton, elle change peu les mœurs et habitudes du vrai praticien. Les préparations ferrugineuses peuvent n'opérer que par leurs acides, cela est possible ; mais telle préparation acide ne peut être supportée par le malade et au contraire se trouve parfaitement acceptée dans une combinaison avec le métal. Si les acides lactique, sulfurique, phosphorique, oxalique, citrique, etc., ne sont qu'avec difficulté, répugnance ou tout autre inconvénient acceptés par le malade, le praticien se voit bien contraint de se servir de la forme que son malade tolère.

(1) Fin. Voir le numéro du 30 mai 1882.

Aventure extravangante, abracadabrante, qui avait une villa de Rueil pour théâtre, deux descendants de haute lignée pour héros, et dont la dernière scène s'est déroulée à la correctionnelle. Au jour du jugement qui, soyez-en convaincu, ne sera pas pour lui le jugement dernier, l'acteur principal a fait défaut. Comme les fumées de ses fourneaux, l'habile yankee avait disparu. Par delà les frontières, ce Cagliostro s'en est allé piper d'autres victimes et d'autres billets de banque; les leur faire..... à la magie et continuer le *grand œuvre*.

Les annales de la basse pègre conserveront certainement le nom de ce Wise. D'ailleurs ce rêve de vingt mille francs, dans lequel un prince de Rohan a vécu pendant quelques heures avec son ami le comte de Sparre; cette vision du Pactole vaut bien, après tout, quelques chiffons de papier à l'effigie de Mercure et à l'estampille de la Banque de France. Rêve qu'Harpagon lui-même n'aurait peut-être pas trouvé trop coûteux ; hallucination féerique digne d'un conte des *Mille et une Nuits!*

Il vaut bien aussi ce rêve d'un autre Rohan, névropathe du siècle dernier. Ce galant et grand aumônier de France, comme le rappelait dernièrement un spirituel chroniqueur, se faisait jouer sous jupe à Versailles par cette fameuse friponne d'Oliva, comme son descendant vient d'être joué sous jambe à Rueil par cet autre fripon en magie et docteur ès sciences occultes. Oliva jouait avec le rêve de l'amour, hallucination sénile du grand oncle! Le yankee, homme pratique, à joué le neveu avec le rêve de la richesse; avec cette *ragle de l'or*, plus hallucinante encore que l'autre ragle, la ragle du désert. Transformisme ancestral, au dire de tout bon darwinien. *Abracadabra!* murmurent les alchimistes. Transmutation héréditaire des âmes, répond un spirite !!

Osez donc affirmer que le merveilleux ne possède plus de beaux jours à Paris à la fin du XIXe siècle?

De là la nécessité d'utiliser les sels de fer, alors même que l'élément électro-négatif agirait seul. La pratique et la théorie sont loin de s'accorder, et ce qui domine notre art, c'est la pratique. Enregistrons les théories, faisons-en notre profit, mais ne leur sacrifions jamais ce que l'usage et l'habitude de la pratique enseignent.

M. Luton qui n'est pas seulement un savant, mais un praticien distingué, a bien compris lui-même qu'il ne fallait pas aller trop loin dans sa démonstration. Il déclare donc qu'il ne condamne pas d'une manière absolue le fer et ses préparations. Il admet, au contraire, que ce métal est exceptionnellement avantageux, peut-être à l'exclusion de tout autre, pour l'introduction dans l'économie de bon nombre d'agents électro-négatifs ou acides.

Ces substances employées directement sont trop offensantes pour la muqueuse gastrique, il est bon, dit-il, qu'elles se présentent à ce contact sous une forme extrêmement atténuée. Les sels de fer, avec leur tendance à se peroxyder à l'air extérieur, et par suite de la propriété qu'ils ont de se réduire au degré de protosel, lorsqu'ils sont administrés comme médicaments, sont peut-être les préparations qui conviennent le mieux toutes les fois qu'on veut mettre en usage la médication acide. On les voit donc réussir à merveille dans les dyspepsies atoniques, muqueuses ou alcalines, dans les érosions hémorrhagiques de l'estomac, aboutissant à l'ulcère simple ou à la chlorose; et enfin à titre d'hémostatiques généraux, non pas seulement comme astringents vasculaires, mais en abaissant de quelques degrés l'état alcalimétrique du sang.

Telles sont les premières conclusions de M. le professeur Luton et c'est avec plaisir que nous les reproduisons, car elles montrent le professeur de Reims sous son vrai jour de praticien. La théorie charme son esprit, mais ne lui fait pas oublier le côté pratique de la médecine. Nous nous étions laissé séduire par son paradoxe, mais quand il nous faut chercher, sous son impression, à modifier notre manière d'agir vis-à-vis du malade, nous voyons que cette modification est inutile.

Si nous appliquons à l'usage interne du perchlorure de fer les idées de M. Luton, nous voyons que l'acide joue le rôle. Cela est possible et ne nous choque en rien. Mais, venons-en à la pratique, donnons l'acide chlorhydrique, et nous verrons bien vite ce que fera de nous notre client. Faisons un pas de plus. Quand le perchlorure de fer liquide rendit ses services *externes* comme hémostatique, on ne tarda pas à en venir à l'usage *interne*. Or, le praticien ne fut pas peu surpris des difficultés de son emploi. La théorie semblait encourager les essais, mais le malade prenait avec difficulté le perchlorure de fer. Il se plaignait de brûlures au pharynx, d'un sentiment de constriction, et le dégoût devenait si vif que le perchlorure devait être abandonné.

Que se passait-il donc ici de particulier? Ce n'était pas le médicament qu'il fallait mettre en cause, c'était la forme sous laquelle on le donnait. Les vrais praticiens n'avaient pas été longs à le reconnaître, et ce n'était plus sous la forme liquide qu'ils l'ordonnaient. Mais encore de nouvelles difficultés surgissaient : la forme pilulaire demandait des soins tellement déli-

---

***

Il en a bien encore ailleurs que dans la capitale de la Badauderie. Ici du moins, par aventure, la crainte de Pandore devient parfois pour les Davenport de la pierre philosophale le commencement de la sagesse et le motif d'une fuite rapide en train express. Mais allez en Belgique ou sur les bords de la Tamise; allez plus loin, là-bas, par delà l'Atlantique, dans le pays de toutes les libertés et de toutes les audaces! C'est dans toutes ces contrées anglo-saxonnes, dernier refuge du pur spiritualisme, que le merveilleux et le surnaturel sont sur leur véritable terre promise.

Vous pouvez en juger par le nombre annuel des publications relatives aux sciences dites occultes. Le spiritisme n'y est pas moins en faveur que le somnambulisme en France. Il a sa littérature et ses éditeurs; c'est dire que ses prophètes ont des adeptes et ses livres des lecteurs. L'état psychologique de nos concitoyens vaut donc bien celui des Anglo-Saxons.

Si nous en croyons un livre anglais tout récent, les *Confessions d'un Médium*, il est bien facile de mystifier la famille de John Bull et du cousin Jonathan. A ce propos, chers lecteurs, savez-vous comment on devient médium? Vous pouvez l'apprendre par l'histoire singulière de M. Parker, l'auteur anonyme du livre et le révélateur des supercheries des spirites.

***

Vous pouvez être bourgeois et devenir gentilhomme; tel est le cas de M. Jourdain. On peut naître dévôt ou mécréant; on ne peut naître médium; on le devient.

Eh bien, M. Parker, notre héros, a été d'abord croyant, puritain, piétiste, quaker peut-être, et certainement buveur d'eau comme tout bon Anglais anglicanisant. Alors, il n'était pas spirite et encore moins médium; mais il avait la foi facile et devint l'élu des Esprits.

cals que le médicament restait magistral. Il fallait le formuler par petites quantités, l'employer rapidement, autrement on se trouvait en présence d'une préparation incertaine et douteuse. Ce fut alors qu'un pharmacien d'Avignon, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, M. E. Carbonel eut la pensée de faire des dragées au perchlorure de fer *sec*, 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°. L'usage interne du perchlorure de fer devenait ainsi assuré : l'action du médicament n'était plus entravée par les répugnances du malade. La forme employée par le pharmacien avait rendu pratique l'usage interne d'une précieuse préparation de fer, et, depuis ce temps, tous les praticiens qui ont eu à se servir du perchlorure de fer, à l'intérieur, ont trouvé un bénéfice considérable dans l'emploi du médicament connu sous le nom de *Dragées Carbonel*.

Cette étude sur l'usage interne du perchlorure de fer nous a permis de faire connaître une théorie ingénieuse, de montrer que le praticien doit connaître les théories, sans toutefois sel aisser trop influencer par elles. Elle nous a permis d'affirmer la prédominance des renseignements de la pratique et de reconnaître que souvent la forme médicamenteuse seule nous prive de puissants auxiliaires. Enfin, elle nous permet de rendre à la pratique un médicament que sa forme *liquide* avait presque fait abandonner.

ACADEMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

Correspondance non officielle :

1° Des lettres de candidature de MM. Bouchard et Cadet de Gassicourt pour la section de pathologie médicale.

2° Un pli cacheté adressé par le docteur Girault, de Onzain, Loir-et-Cher. (Adopté.)

3° Un mémoire manuscrit intitulé : *Propriétés hygiéniques de quelques conserves alimentaires*, par M. Husson, pharmacien à Toul.

—

M. Constantin PAUL présente, de la part de M. Chardin, constructeur électricien, à Paris, une petite machine à faradisation qui présente un progrès marqué sur les précédentes déjà connues.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national (deuxième division).

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Bourguet

---

C'était en 1873. Alléché par des réclames d'un certain Thomson et avec la candeur de l'âge tendre, M. Parker se rend au meeting spirite. On prend place autour d'une table. — Pour souper! murmurez-vous à mon oreille, malin sceptique que vous êtes! — Allons donc! pour chanter des hymnes. — Quelles hymnes? Je l'ignore; à moins que ce ne soit la chanson du *Petit ébéniste.*

« Etes-vous là, chers amis? s'écrie l'un des assistants. » La table éprouve un mouvement ondulatoire. — Telle est, paraît-il sa manière de parler. Un moins crédule que M. Parker eut été étonné. Lui, il fut presque converti.

« Si vous êtes de bons esprits, dites si vous aimez Dieu ? »

Que vient donc faire ici la divinité ? m'objectez-vous ? — Chers lecteurs, je me le demande. — Trois coups frappés sur la table furent la réponse des Esprits. Parker, plein d'enthousiasme et de hardiesse, les interroge à son tour. — Avez-vous pour moi quelque message ? — Par un nouveau saut, la table répond oui ! — Eh quoi ! ce meuble est donc la table sauteuse, l'admiration des naïfs, comme la grenouille sauteuse fait, dit-on, la satisfaction des enfants ! — Incrédule lecteur qui m'interrompez, prenez-garde ! les Esprits vont fuir !... Ils ne s'enfuirent pas cependant et répondirent : « Avancez toujours vers la perfection, M. Parker, les Esprits sont vos amis et ils désirent que vous deveniez un medium de premier ordre » ! ! ! Et voilà comment on devient médium di primo cartello !

Pour faire un civet, dit le proverbe, il faut un lièvre; pour faire un homme, il faut... la recette de grand père Adam et de dame Eve! Eh bien, pour faire un médium il faut moins encore. Prenez une table boiteuse, un peu de bonne volonté, beaucoup d'imagination et un gros grain d'imbécillité. Vous produirez ainsi, à votre choix, des médiums pour l'extase, des médiums pour la parole, des médiums pour les matérialisations ou manifestations physiques ; des mé-

(d'Aix); — en deuxième ligne, M. Védrènes (de Vincennes); — en troisième ligne, M. Delore (de Lyon); — en quatrième ligne, M. Michel (de Nancy); — en cinquième ligne, M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer); — en sixième ligne, M. Spillmann (d'Alger).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Bourguet obtient 46 suffrages, M. Cazin 10, M. Védrènes 3, M. Michel 2, M. Delore 1, M. Spillmann 1, bulletin blanc, 1.

En conséquence, M. Bourguet ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

—

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Panum (de Copenhague), membre correspondant, assiste à la séance.

M. LASÈGUE présente, au nom de M. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de Paris, un volume intitulé : *Maladies par ralentissement de la nutrition.*

M. LABOULBÈNE présente, au nom de M. Neumann, une brochure intitulée : *Les appareils électriques à l'Exposition d'électricité.*

—

M. BOULEY, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Bergeron et Léon Le Fort, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Denis-Dumont, intitulé : *Cas de rage déclarée ; guérison.* Voici le résumé de l'observation de M. Denis-Dumont :

Un homme, du nom de Grillée, berger de son état, est mordu le 16 avril à l'avant-bras gauche, par un chien errant.

Le même jour, dans le même village, une femme et une petite fille furent mordues par ce même chien ; un jeune garçon d'une commune voisine l'avait été également.

Ce ne fut que vingt-quatre heures après l'accident que Grillée toucha la plaie produite par la morsure avec de l'acide nitrique dilué. Au bout de quelques jours cette plaie était cicatrisée.

Du 16 avril au 19 ou 20 mai, Grillée paraît être resté sans inquiétude. Mais le 19 mai il apprend que la femme mordue le même jour que lui est atteinte de la rage.

Dès le lendemain de cette nouvelle, il devient soucieux, préoccupé.

Dans la nuit du 21 au 22 il est très agité. Dévoré par une soif ardente, il se lève souvent pour boire du petit cidre et ne le déglutit qu'avec difficulté.

Levé dès quatre heures du matin, il se rend dans une auberge, demande une tasse de café et éprouve, en cherchant à la déglutir, une telle constriction à la gorge qu'il ne peut la boire tout entière.

La préoccupation de la difficulté qu'il éprouve à avaler semble le pousser à multiplier les essais.

Dans une de ces tentatives, il ressent à l'avant-bras gauche une démangeaison subite qui

---

diums pour le moulage des esprits et les photographies surnaturelles, en un mot des médiums de toutes les variétés. — Allez donc, après cela, admirer les Robert-Houdin !

***

Extase, somnambulisme, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, superstition et idiotie, tout s'y trouve. Aucun des symptômes d'une psychopathie ne fait défaut.

Dès ce jour, Parker devint l'homme, l'associé, le *coesprit* du compère Thomson. Tout faiseur de pirouettes doit comme Auriol avoir son pître. Thomson avait trouvé son Parker pour faire pirouetter la raison. Dès lors, il peut varier ses jongleries. Les Esprits rebelles ou indisposés cachent-ils leurs petits talents ? Qu'à cela ne tienne ! Thomson souffle les lampes, fouille dans la poche de l'associé Parker. Il y prend des étoffes légères et phosphorescentes ; il y trouve des ciseaux, des aiguilles ; il en tire même des bouts de ficelle ! Le tour est joué, les spectres se montrent, Thomson a tiré la ficelle.

L'enfermez-vous dans un sac ? Scellez-vous la ligature d'un cachet de cire ? Que lui importe ! La chambre est dans l'obscurité ; la table se soulève, des coups sont frappés, des souffles frôlent les cheveux et effleurent les joues des pâles ladies ; le spectre apparaît encore ! Puis le bruit se calme, tout rentre dans le silence et Thomson... dans son sac. Il avait ouvert une couture, il la referme. A l'ébahissement des badauds, quand on apporte des lumières, le malin prophète est encore dans le sac et les guinées des frères et sœurs en spiritisme sont mises dedans !

La foi de Parker faiblissait-elle ? Une aimable jeune fille, la spirite Cissy, une autre sirène non moins séduisante, la spirite Lilly, venaient partager son sommeil, réchauffer son zèle, peut-être même son lit, et Parker, ivre de folie, devenait de nouveau l'agent zélé de Thom-

envahit rapidement tout le corps. En même temps, il est pris d'un malaise extraordinaire et accuse une sensation de constriction et d'étouffement. D'un bond il se lève et se précipite sur la grande route, traverse le chemin de fer et va tomber à cent mètres de là. Il grattait le sol avec ses ongles et mordait les cailloux.

A un habitant qui veut l'approcher, il donne l'avertissement de se tenir à l'écart de peur qu'il ne le morde. — Il se jette sur un bâton qu'on lui présente et le mord comme fait le chien enragé.

On l'attache et on le lie à un arbre. Puis on le transporte dans une cour où il reste couché jusqu'au lendemain. Enfin il est conduit à l'Hôtel-Dieu de Caen, où il arrive le 23 mai vers cinq heures du soir.

Grillée s'était infligé à lui-même trois profondes morsures, portant à sa bouche, quand il avait les mains libres, et broyant entre ses dents tout ce qui était à sa portée.

Soif ardente, refus de toute autre boisson que le cidre, qu'il ne parvient pas à déglutir. Dans l'intervalle des crises, Grillée récupérait son intelligence, se plaignait d'une vive douleur à l'épigastre et demandait qu'on l'achevât.

Placé dans une chambre à part et maintenu par une camisole de force, Grillée répond facilement aux questions qui lui sont faites, mais il est abattu, inquiet, se déclare perdu et aspire au moment d'en finir.

La déglutition du cidre, seule boisson qu'il accepte, ne s'opère qu'avec une très grande difficulté, et en petite quantité, en raison des accidents convulsifs qu'elle détermine.

Parmi les symptômes, M. Denis-Dumont signale des syncopes dont il donne la description détaillée, à la suite desquelles le malade rejetait, par deux ou trois mouvements d'expiration, une salive filante, peu aérée et semblable à la bave d'un chien. A plusieurs reprises, pendant la nuit, cris rauques et saccadés ayant quelque analogie avec des aboiements.

Grande impressionnabilité du malade : les piqûres de la seringue Pravaz causent des douleurs excessives.

Douleur à l'épigastre, sensation d'oppression.

Le bromure de potassium dissout dans du sirop de codéine n'amène aucun calme.

Le 24 mai, la pilocarpine est injectée sous la peau à la dose de 1 centigramme, et, en même temps, on prescrit une potion de 8 grammes de bromure de potassium, 4 grammes de chloral et 30 grammes de sirop de codéine, à prendre en vingt-quatre heures.

Deux minutes après l'injection de la pilocarpine, la transpiration et la salivation étaient complètement établies; elles furent entretenues par trois injections de pilocarpine dans la journée.

Le soir du 24, le malade déclarait se trouver mieux, mais l'anxiété précordiale persistait, ainsi que la difficulté de la déglutition.

La plaie de l'avant-bras gauche, faite par la morsure du chien, s'est rouverte en partie et présente des caractères qui sont spécifiés dans la relation de M. Denis-Dumont.

---

son! Pruderie anglo-saxonne, qu'en pensez-vous? *Schoking! Schoking!* Un jour cependant, Parker reconnut l'imposture du fameux médium. On était dans les Ardennes. Thomson, tout à coup, devint invisible comme les esprits ses prétendus maîtres, ou plutôt à la manière de l'autre Yankee, l'alchimiste mystificateur de Rueil.

Il faut être bien naïf pour croire que ces confessions contribueront à la guérison de cette endémie de surnaturel. Mon optimisme ne va pas jusque-là, et je répéterai volontiers, avec le sage Montaigne : « Nulles propositions ne m'étonnent; nulle créance ne me blesse, quelque « contrariété qu'elle aye avec la mienne. Il n'est si frivole et si extravagante fantaisie « qui ne me semble bien sortable à la production de l'esprit humain. »

***

En terminant cette excursion dans le pays de l'illusion, Agnote, je dois vous l'avouer, a cédé à une faiblesse. Qui donc parmi nous est exempt de faiblesse? Agnote s'est laissé séduire par le discours d'un confrère, vieux croyant à la Métempsycose. Il va opérer une transmutation.

Quoi donc! dites-vous, une transmutation? Vous êtes donc alchimiste! Vous faites de l'or, M. Agnote? Non pas, chers lecteurs. Il ne s'agit pas d'une transmutation de métaux, pas même d'une transmutation d'âme, mais seulement d'une transmutation de nom. — Agnote se spiritualise : à son tour, il devient invisible. Dans la Rédaction de ce journal, dont les rangs *sont élargis* par l'heureuse initiative de notre rédacteur en chef, il cède la place au docteur Nemo.

Agnote et Nemo sont cousins. Vous l'avez déjà deviné. Ils ont donc mêmes qualités, mêmes

Le 25, le traitement est continué aux mêmes doses, la nuit est calme.

L'amélioration est sensible.

Le lendemain 26, nuit calme, sommeil continu et régulier, respiration lente et paisible; appétit. Le malade mange bien.

Le 30, le mieux était complet.

Ce malade était-il affecté de la rage?

M. Denis-Dumont fait observer avec raison que personne n'aurait songé à émettre à ce sujet e moindre doute si son malade était mort.

M. Bouley rapproche les circonstances qui peuvent être invoquées, dans cette observation, à l'appui du diagnostic de la rage : morsure par un chien errant, mort de la femme mordue le même jour par le même chien et qui succombe à des accidents rabiques non douteux; symptômes présentés par Grillée : inquiétude, agitation, soif ardente, sentiment de constriction à la gorge, difficulté de la déglutition; sensation de prurit dans la cicatrice de la plaie faite par la morsure du chien, prurit qui se généralise à tout le corps, etc., etc., ensemble de symptômes qui ont avec la rage de grands caractères de similitude.

Mais une circonstance très importante de la relation de M. Denis-Dumont motive des doutes; c'est l'apparition des premiers symptômes, chez Grillée, immédiatement après la nouvelle qui lui est transmise que la femme mordue en même temps que lui et par le même chien, était atteinte de la rage. C'est à ce moment précis qu'il devient inquiet, qu'il s'agite, qu'il va et vient et surtout qu'il s'essaye à boire dans maints endroits où il s'arrête.

En sa qualité de berger, Grillée doit avoir sur les symptômes de la rage des notions plus complètes qu'on n'en a dans d'autres métiers. Il sait qu'un des signes de la rage est la difficulté de boire, et alors il multiplie les occasions de s'interroger lui-même sur ce point et l'anxiété qu'il éprouve devient justement la condition pour que le spasme qu'il redoute se produise. Les exemples de ce phénomène sont nombreux. M. Bouley en rapporte trois qui sont de nature à frapper vivement l'attention, l'un relaté par M. le docteur Bellanger, le second par M. Brouardel et le troisième par Trousseau.

Ce sont trois exemples de rage imaginaire où tous les symptômes sont d'ordre purement psychique et procèdent de la terreur conçue, en sont l'expression qui souvent ne laisse pas que d'être redoutable, et s'évanouissent lorsque les malades acquièrent la conviction que le péril auquel ils se croyaient exposés était imaginaire.

Mais, chez le malade de M. Denis-Dumont, il y a autre chose que ces symptômes cérébraux. C'est en particulier la cicatrice de la morsure qui devient le siège d'une sensation prurigineuse très intense, rapidement irradiée sur tout le corps; c'est, en outre, la rupture de cette cicatrice et l'avivement de la plaie à l'endroit de la morsure; c'est enfin l'hyperesthésie générale, tous symptômes d'un autre ordre qu'on ne peut faire dériver d'une impression d terreur. Or, ces symptômes se remarquent dans la rage réelle.

Le malade de l'Hôtel-Dieu de Caen se différencie donc par des particularités très impor-

---

défauts, mêmes antécédents héréditaires. C'est vous dire que Nemo n'aime pas à faire et ne fait pas de profession de foi. Son nom vous fait comprendre que sa profession de foi serait celle de tout le monde, c'est-à-dire de personne. Or, il n'est personne qui ne s'accorde pour dire que la profession de foi d'un feuilletonniste doit s'inspirer seulement de ces vers du poète latin :

Ridendo dicere verum
Quid vetat?

Dr Agnote.

Récompenses honorifiques. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1879, les récompenses honorifiques suivantes :

Médaille d'or : M. Ladrey, doyen de la Faculté des sciences de Dijon.

Médailles d'argent : M. le docteur Layet, membre du Conseil central de la Gironde; M. Rabourdin, pharmacien à Orléans; M. Philippe, vétérinaire à Rouen; M. le docteur Rampal, vice-président du Conseil central des Bouches-du-Rhône; M. le docteur Journal, membre du Conseil central de l'Aisne; M. Gebhart, pharmacien à Épinal; M. le docteur Bertherand, secrétaire du Conseil d'hygiène d'Alger; M. le docteur Lapeyre, membre du Conseil central de la Loire-inférieure; M. le docteur Pujos, membre du Conseil central du Gers; M. Delezenne, pharmacien à Lille.

Médailles de bronze : M. le docteur Benoît, de Giromagny (Belfort); M. le docteur Dargelas (Bouches-du-Rhône); M. Dhuicque, pharmacien à Beauvais; M. le docteur Jablonski (Vienne); M. le docteur Barjod (Eure).

tantes des malades chez lesquels les symptômes simulent la rage. Il est sage, dit M. Bouley, de ranger ce cas dans une place à part, avec un point de doute indiquant qu'à l'endroit de sa nature le jugement doit être réservé.

M. Bouley espère qu'un jour viendra où la guérison de la rage pourra sortir du domaine de l'incroyable. Il puise cette espérance dans la démonstration expérimentale qui a été donnée l'année dernière par M. Pasteur et ses trois collaborateurs MM. Chamberland, Roux et Thuillier, de l'état de virulence du système nerveux central — cerveau, bulbe et moelle — ou autrement dit du développement dans le système nerveux central, comme dans son milieu de culture le plus favorable, de l'élément de la contagion rabique.

Les recherches expérimentales instituées au laboratoire de l'École normale ont fait connaître deux faits nouveaux d'une grande importance : l'état de virulence du système nerveux central et la grande rapidité avec laquelle la rage peut être transmise au chien, lorsqu'on l'inocule directement par le cerveau. En sorte qu'au moment même où le siège de la rage était démontré par des expériences directes, la condition se trouvait réalisée pour que la durée de la période d'incubation de cette maladie chez le chien, si variable et souvent si longue, fût réduite à deux ou trois semaines, condition excellente pour permettre de multiplier les expériences et d'en obtenir les résultats dans un temps très court.

Voilà le siège du mal découvert et aussi sa nature; on sait maintenant où se prendre. N'est-ce pas là le *curationis principium?* Et d'autre part, si malgré cette base solide offerte aux recherches thérapeutiques, le remède tarde à se laisser découvrir, la grande méthode de l'atténuation des virus ne peut-elle pas conduire à des applications prophylactiques qui, en rendant le chien invulnérable à la rage, tariraient la source principale du virus de cette terrible maladie?

Des recherches se poursuivent à l'Ecole normale, en vue de ce double résultat.

M. Bouley termine en disant que l'on est forcé de rester indécis à l'endroit de la nature de la maladie, dans le cas de rage observé par M. Denis-Dumont. Mais, en admettant que le chirurgien n'ait eu affaire qu'à une rage imaginaire, cette rage était d'une extrême gravité et elle a guéri. Rien qu'à ce titre, l'observation mériterait d'être prise en considération.

Comme elle est très bien faite et qu'elle porte avec elle d'utiles enseignements, la commission propose de la renvoyer au comité de publication pour être insérée, s'il y a lieu, dans les mémoires de l'Académie et de remercier M. Denis-Dumont de l'avoir communiquée. (Applaudissements.)

M. Dujardin-Beaumetz communique les résultats des expériences qu'il a entreprises sur l'emploi de diverses substances dans le traitement de la rage.

Dans les 23 cas qu'il a eu l'occasion d'observer, comme membre du Comité d'hygiène publique, la pilocarpine a été employée six fois et toujours avec un insuccès complet. Dans certains cas même, au lieu de diminuer les accidents, la pilocarpine a paru les aggraver. M. Dujardin-Beaumetz a fait quelques tentatives avec la *pelletiérine*, substance qui produit des effets analogues à ceux du *curare*; on sait que des cas de guérison de la rage par le curare ont été publiés. M. Dujardin-Beaumetz a pratiqué sur un malade quatre injections sous-cutanées de sulfate de pelletiérine à la dose de 10 centigrammes, et il n'a rien obtenu ; le malade a succombé. Il a également fait avec M. Nocart des expériences avec le cédron de Colombie qui est réputé dans ce pays comme un excellent remède contre la fièvre intermittente, les morsures des serpents et la rage. Le cédron contient deux principes : la *cédrine* et la *valdivine*. Deux séries d'expériences sur les animaux ont été instituées, les unes dans lesquelles la valdivine a été administrée comme moyen préventif, les autres dans lesquelles elle a été employée sur des animaux atteints de rage confirmée. Dans la première série d'expériences, sur 7 animaux un seul a été préservé de la rage par les injections de valdivine à la dose de 2 à 5 milligrammes. Dans la deuxième série, on a obtenu des résultats dignes d'attention. Chez tous les animaux, les accès de rage ont été supprimés; tous les animaux sont morts, mais après les injections on a vu se produire une action sédative des plus remarquables et les animaux sont restés jusqu'à leur mort dans une tranquillité absolue, ne hurlant plus, ne touchant plus à leurs aliments ou à leurs boissons.

Chez l'homme, les injections sous-cutanées de valdivine à la dose de 5 milligrammes n'ont pas donné de résultat.

M. Dujardin-Beaumetz a également essayé le *Hoàng-nàn*, plante originaire du Thibet méridional, et appartenant à la famille des strychnées, dans laquelle elle forme une espèce désignée sous le nom de *Strychnos Gautheriana*. Les résultats de ces expériences ont été publiées par Gingeot. Dans les trois cas où cette substance a été employée, il y a eu insuccès complet. Il est vrai que la forme pilulaire sous laquelle elle a été administrée est défectueuse, les malades avalant très difficilement les pilules. Dans les essais futurs il faudra, suivant M. Dujardin-

Beaumetz, employer un extrait alcoolique ou hydro-alcoolique de cette substance, soit en injection sous-cutanée soit en lavement.

La fausse angusture, qui a avec le Hoàng-nàn de grandes analogies botaniques (Planchon) et chimiques (Galippe), a été expérimentée une fois en injection sous-cutanée. M. Dujardin-Beaumetz s'est servi de l'extrait en solution, dont il a injecté 1 centimètre cube contenant 1/2 milligramme de strychnine et 1/2 milligramme de brucine. Une injection a été pratiquée toutes les trois heures sans aucun résultat.

Enfin M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté une médication usitée en Russie et qui consiste à administrer l'ail concurremment avec les bains de vapeurs, à titre de traitement préventif contre la rage.

Dans une famille où père, mère et enfant avaient été mordus par un chien enragé, M. Dujardin-Beaumetz a prescrit l'ail sous forme de capsules de sulfure d'allyle contenant chacune 15 centigrammes d'essence, à prendre quatre à huit capsules par jour. Il y a aujourd'hui un an et demi que cette famille a été mordue, et aucun accident ne s'est manifesté.

Il en a été de même chez une jeune fille qui a été soumise à la même médication après avoir été mordue par un chien enragé.

Il convient de faire remarquer, toutefois, qu'il y a lieu d'établir une grande distinction entre les individus mordus, suivant qu'ils l'ont été à travers leurs vêtements ou sur des parties découvertes. Dans le premier cas, en effet, les individus ont la plus grande chance d'échapper à la rage.

Quoi qu'il en soit, dans cette série d'expériences dont M. Dujardin-Beaumetz vient de communiquer les résultats, il y a lieu, suivant lui, de retenir ceux produits sur les animaux enragés traités par les injections de valdivine, qui ont eu pour effet de supprimer les accès de rage.

Enfin, il y a à tenir compte, dans les faits observés, des cas de rage imaginaire, produits par la terreur de la maladie, et de ceux d'hydrophobie non rabique déterminés par le délire alcoolique.

Si l'on veut, dit M. Dujardin-Beaumetz en terminant, établir sur des bases solides la thérapeutique de la rage, il faut surtout instituer le traitement dans la période prodromique de la maladie, et diriger la médication du côté du cerveau et du bulbe qui seraient, d'après les recherches expérimentales de M. Pasteur, les points de localisation du virus morbide.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 16 au 22 juin 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,101. — Fièvre typhoïde, 52. — Variole, 22. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 10. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchites aiguës, 22. — Pneumonie, 60. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 57 ; au sein et mixte, 39 ; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 121 ; circulatoire, 61 ; respiratoire, 63 ; digestif, 45 ; génito-urinaire, 27 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 3. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 25e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,203 naissances et 1,101 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,326, 1,131, 1,105, 1,008 Le chiffre de 1,101 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison avec la 24e semaine des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour l'Infection puerpérale (4 décès au lieu de 6), pendant la 24e semaine) ;

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (52 décès, dont 4 dans les hôpitaux militaires, au lieu de 43), la Rougeole (33 décès au lieu de 25), la Coqueluche (6 au lieu de 2), l'Érysipèle (10 au lieu de 8) ;

La Scarlatine a occasionné 2 décès cette semaine.

On voit qu'à l'exception de l'Infection puerpérale, qui a causé 2 décès de moins que pendant la dernière semaine, et de la Variole, demeurée stationnaire avec un chiffre de 22 décès, toutes les autres affections épidémiques présentent des chiffres de décès supérieurs à ceux qui ont été relevés dans le bulletin précédent.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (35 malades reçus du 12 au 18 juin au lieu de 78 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (31 au lieu de 36), et supérieur pour la Fièvre typhoïde (108 au lieu de 105).

Le nombre des décès provenant des maladies de l'appareil cérébro-spinal a sensiblement augmenté cette semaine. Les affections des organes respiratoires on fait également plus de victimes. On remarquera aussi que la plus grande partie de l'excédent de 93 décès, présenté par cette semaine sur la précédente, a été fourni par les âges de 5 à 35 ans.

Comme distribution locale, nous noterons 6 décès par Rougeole dans le quartier *Clignancout*, et 3 par Diphtérie dans chacun des quartiers des *Grandes-Carrières*, de la *Sorbonne* et *Sainte-Avoie*. La Variole a surtout sévi dans les trois quartiers limitrophes des *Quinze-Vingts*, *Sainte-Marguerite* et *Picpus* entourant l'hôpital Saint-Antoine et subissant, en conséquence, plus directement l'influence de ses contages.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT du 3 au 8 juillet 1882.

Lundi 3. — M. Champomier : Contribution à l'étude des lésions des troncs veineux de la base du cou dans les fractures de la clavicule. (Président, M. Guyon.)

— M. Périvier : Etude sur la prostatite chronique. (Président, M. Guyon.)

— M. Robineau : Quelques variétés de tumeurs malignes de la conjonctive. (Président, M. Trélat.)

— M. Fourguette : Essai sur l'emploi thérapeutique de l'iodoforme en oculistique. (Président, M. Depaul.)

Mardi 4. — Pas de thèses.

Mercredi 5. — M. Guezennec : Amputations du membre supérieur (moins celles de la main). par divers procédés, spécialement par des procédés elliptiques et des procédés à lambeaux. (Président, M. Verneuil.)

— M. Peradon : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de la résorcine. (Président, M. Vulpian.)

Jeudi 6. — M. Manouvrier : Recherches d'anatomie comparative et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau. (Président, M. Robin.)

— M. Picard : Étude sur l'accouchement prématuré artificiel (Président, M. Pajot.)

Vendredi 7. — M. Momon : De la septicémie péritonéale à la suite de la kélotomie. (Président, M. Duplay.)

— M. Wakefield : Recherches sur la nature et la propagation du choléra asiatique. (Président, M. Charcot.)

Samedi 8. — Pas de thèses.

Nécrologie. — Les fatigues de l'enseignement viennent de faire une nouvelle et douloureuse victime. M. le docteur Lauvergne, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur, vient de succomber sur sa chaire à une attaque d'apoplexie, le 23 juin. Déjà, il y a quelques mois, il avait eu un premier accès dans les mêmes circonstances et il n'avait pas voulu néanmoins abandonner son siège professoral.

La plupart des médecins de la marine ont été ses élèves et ce sont eux qui, munis des provisions scientifiques qu'il accumulait à leur intention, vont tous les jours sillonner les mers les plus lointaines ou fouler les terres les plus inexplorées. Ses leçons étaient originales, on y sentait l'esprit du savant réchauffé par l'âme de l'artiste.

— M. le docteur Chéron reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 3 juillet, à midi 1/2, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Obsèques d'Amédée Latour

L'usage et les convenances s'opposent à la publication du discours prononcé sur la tombe d'Amédée Latour au nom de l'Académie de médecine, avant que la lecture de ce discours ait été faite à la tribune. Nous sommes donc obligés de remettre à jeudi prochain le récit des obsèques de notre ancien rédacteur en chef, avec les allocutions qui ont été faites sur sa tombe.

Des trois hommes qui ont fondé l'UNION MÉDICALE, Aubert-Roche, Amédée Latour et Richelot, un seul reste aujourd'hui. Notre gérant, retenu loin de Paris par son devoir professionnel, a eu la douleur de ne pas assister aux derniers moments de son vieux camarade. Mais de nombreux amis l'ont remplacé, qui ont dignement accompagné, jusqu'au petit cimetière de Châtillon, le doyen vénéré de la Presse médicale.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DANS QUEL ESPRIT IL FAUT ÉTUDIER LES DIATHÈSES,

Par le docteur DURAND-FARDEL.

(Lecture faite à l'Académie de médecine, dans sa séance du 25 avril 1882.)

IV

Nous devons admettre que les prodigieuses diversités que revêt la forme extérieure, et qui se marquent sur les traits restreints du visage, se retrouvent dans le milieu immense de l'organisme, et que, pour la constitution cellulaire, c'est-à-dire l'ar-

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

V

M. Chapu a envoyé deux ouvrages, également remarquables, à des titres divers : « Le Génie de l'immortalité ; — figure haut relief, marbre, pour le tombeau de Jean Renaud » — conçue avec beaucoup d'élévation, exécutée de la façon la plus magistrale ; il est regrettable que cette œuvre soit, en quelque sorte, déshonorée par un défaut irremédiable de la matière employée. Le marbre dont a disposé l'artiste est maculé par une tache énorme et si malencontreusement placée qu'elle coupe la figure en pleine poitrine ; c'est un véritable malheur. — Le second ouvrage est le buste, en marbre, de M. Barbedienne. De tous les bustes que l'intelligent et célèbre éditeur de bronzes d'art du boulevard Poissonnière met en vente, aucun, à coup sûr, n'est plus beau que le sien propre ; cette satisfaction lui était légitimement due.

M. Coutan qui avait exposé, l'année dernière, un si joli et si fragile « Amour » (lequel, par parenthèse, est actuellement placé au milieu du grand salon d'attente de la direction des Beaux-Arts, où il fait merveille), M. Coutan nous offre, cette année, un sujet d'un genre tout différent ; c'est une « Porteuse de pain, statue, plâtre :

Robuste sous le poids du tablier banal,
La porteuse de pain, — plébéienne authentique,
Marche à grand pas et semble, au rêveur matinal,
Le moderne reflet de la Cérès antique.

rangement des éléments anatomiques, la modalité du système nerveux, la composition du sang, les différences individuelles sont les mêmes. Comme chacun a ses traits particuliers, chacun a sa vie particulière. « Il y a, a dit Claude Bernard, dans chaque animal, des conditions physiologiques de *milieu intérieur* qui sont d'une variabilité extrême. Or, chez un animal, les phénomènes vitaux ne varient que suivant des conditions de milieu intérieur précises et déterminées (1). »

Et de même que, parmi la diversité des traits, on a pu saisir des types distincts, de même, parmi les diversités de l'organisme, on a pu marquer des types : ce sont les *tempéraments.*

Les tempéraments sont établis sur le mode de telle ou telle grande fonction ou de tel ou tel appareil d'organes. Le milieu cellulaire seul échappe à notre observation. La santé a donc des modes divers.

Ces modes ne consistent pas seulement dans des différences d'activités partielles. Ils comportent encore des différences dans la force, cet agent universel du monde inorganique, qui se compte dans les éléments simples, mais que nous ne pouvons mesurer alors qu'il se partage entre les éléments innombrables des milieux organisés.

Ces modes divers peuvent s'accentuer de manière à ce que le juste équilibre, qui maintient en harmonie les éléments complexes de l'organisme, vienne à se rompre : de là naissent les *états constitutionnels*, qui ne sont pas encore la maladie, mais ne sont plus la santé parfaite.

Ici se reconnaissent encore des types, plus ou moins bien déterminés, qui impriment à l'économie la marque de tel système, ou de tel appareil, ou de telle fonction, et d'où dérivent les constitutions dites lymphatique, nerveuse, arthritique, bilieuse, hémorrhoïdaire, etc., et qui peuvent être rapportées soit à la prédominance, soit à l'insuffisance de tel système, à des conditions de force exubérante ou déficiente, dominant l'ensemble de l'organisme ou telle ou telle de ses parties.

Ce n'est pas la maladie, et ce n'est pas la santé. C'est une manière de vivre qui imprime aux maladies accidentelles une physionomie particulière, comme ces constitutions atmosphériques qui, alors même qu'elles n'entraînent pas les conséquences morbides qui leur sont propres, n'en laissent pas moins percevoir leur empreinte

(1) La *Revue scientifique,* 5 février 1881, p. 181.

Est-ce une profession de foi ? L'artiste veut-il substituer au cri de la Rome impériale : *panem et circenses,* cet autre plus humain : De l'amour et du pain ! Nous avons passé par un âge où nous aurions volontiers accepté ce programme.

Puisqu'il s'agit d'amour, mentionnons une figure, plâtre, de M. Marie-Edme Cadoux, intitulée : « Pleurant ses ailes » et qui n'a guère qu'un mérite de silhouette. Que tient-il dans sa main, ce grand garçon sournois ? Il est assez difficile de le deviner ; cela ressemble à de petits morceaux de plâtre. Enfin, c'est ainsi que l'amour est apparu à M. Marie Cadoux. Eh bien, non, qu'il se détrompe et se console ; l'amour ne pleure pas ses ailes, par la raison simple qu'il ne les perd jamais. — A moins qu'il ne meure, et alors il ne pleure plus.

M. Récipon a eu l'idée de faire un groupe, plâtre, qu'il a baptisé : « Le convalescent ». Il y a joint des vers de M. Eug. Millet.

Il est là, sur le seuil, assis, tremblant la fièvre,
Respirant le soleil et l'air pur tristement.
Sa mère sur son front vient de poser sa lèvre
En lui disant tout bas : Espère, mon enfant.

Je ne voudrais pour rien au monde chagriner un poète, mais, sans le blesser, je puis peut-être lui adresser une question : Pourquoi la mère a-t-elle dit cela tout bas ? Il n'y a rien là qui ne puisse se dire à haute voix et qui doive effaroucher l'enfant. Si celui-ci tremble la fièvre et s'il respire tristement le soleil et l'air pur, ce n'est pas un convalescent, c'est un malade. Mais il est possible que les vers s'appliquent à un malade et non à un convalescent. C'est donc à M. Récipon que je m'adresse cette fois : d'abord, l'enfant n'est pas assis ; il se dresse à demi sur sa chaise. Pourquoi a-t-il le bras en l'air ? Pourquoi cette expression criarde

sur les actes morbides qui surviennent accidentellement, et sur l'état de santé lui-même.

L'état morbide ne naît donc pas directement de ces états constitutionnels. Mais, lorsqu'il apparaît sous l'action de causes hygiéniques ou accidentelles, ceux-ci lui imposent des déterminations de siège, de forme et d'indications, très précises. En d'autres termes, on doit à ces constitutions d'être malade de telle ou telle façon, et de réclamer telle ou telle indication thérapeutique, de même que le tempérament imprime à la santé une physionomie spéciale et commande au genre de vie une direction particulière.

V

Un degré de plus, ce sera la maladie, c'est-à-dire la *diathèse*, latente peut-être, mais effective, toujours prête à éclater, avec des phénomènes que l'on appellera réguliers ou irréguliers, suivant qu'ils affecteront les caractères typiques qu'elle affectionne, ou qu'ils s'en écarteront. Ici la maladie existe *de se*; elle se manifeste d'emblée par des symptômes propres, bien que ses manifestations ne se soustrayent pas à l'action des causes accidentelles ou hygiéniques. C'est dans l'organisme qu'elles puisent leur raison d'être; elles en procèdent immédiatement; elles n'ont pas besoin d'occasion pour apparaître.

Telles sont les diathèses dans la genèse desquelles entrent, à des degrés et dans des combinaisons diverses et souvent insaisissables, et l'hérédité et les circonstances hygiéniques, les unes et les autres présentes aussi bien dans les diathèses congénitales que dans les diathèses acquises.

La conception n'en doit pas être bornée aux formules restreintes où l'on a enfermé jusqu'ici le cercle des diathèses. Tout mode de l'organisme, qui suppose une altération durable ou définitive *totius substanciæ*, est une diathèse ou un empoisonnement. Ceux-ci virulents, organisés ou autres, sont hors de cause; bien que, s'ils entraînent une chronicité, ils se comportent d'une façon peu dissemblable des diathèses.

Quant aux diathèses elles-mêmes, les unes, comme le cancer, le tubercule, la scrofule, paraissent avoir leur racine dans l'élément cellulaire; d'autres dans le milieu de l'assimilation, telles que la goutte, le diabète, l'obésité; d'autres dans le système nerveux, comme les grandes névroses. Mais il ne faut jamais oublier que rien n'est isolé dans l'organisme, que la vie des cellules, le travail de l'assimilation, l'évolu-

---

qui n'est en rapport ni avec le sujet, ni avec la légende empruntée à M. Eug. Millet. Il importe qu'avant de recourir au livret, le spectateur puisse lire, sur l'objet lui-même, de quoi il s'agit ce n'est pas le cas. Bien malin le spectateur qui devinerait, à la seule inspection de ce petit grincheux, qu'il est convalescent. D'ailleurs l'œuvre en elle-même n'offre qu'un mérite fort contestable; tout au plus, peut-on trouver dans l'attitude et l'arrangement de la mère quelque chose qui rappelle le sentiment que le peintre Millet mettait dans ses compositions. On le voit, poésie et sentiment, tout est à la Millet.

M. Falguière, dont les dernières expositions avaient porté si haut la réputation, nous paraît, cette année, en pleine décadence. Espérons qu'il se relèvera. Son tableau : « Eventail et poignard » n'a pas plus de sens que les vers dont il a fait suivre ce titre incompréhensible; Sa « Diane », statue, plâtre, est absolument mauvaise, n'en déplaise aux admirateurs irréfléchis qui ont essayé, les premiers jours, de faire prendre le change au public. Rien de plus gauche que le geste de la prétendue chasseresse, qui n'est, tout bien considéré, qu'un modèle mal choisi; rien de plus disgracieux que les jambes bistournées de la même personne. Ça, les jambes de Diane ? Allons donc ! comme on dit couramment à la Chambre des députés. — Il n'est pas jusqu'au portrait de Madame la comtesse d'A..., buste, marbre, qui ne ressemble à de la grossière sculpture sur bois. Décidément, la sculpture ne supporte pas la médiocrité. C'est le plus primitif et c'est aussi le plus exquis des arts. Le berger des Alpes qui taille avec son canif un chamois dans un bout de sapin; Phidias qui donne la vie à Jupiter ou à Minerve, sont des sculpteurs; amusement enfantin dans le premier cas; adoration austère de la forme dans le second; — au milieu, tout ce qu'on veut, et ce que, le plus souvent, on ne voudrait pas.

Un groupe, marbre, envoyé par M. Longepied et représentant « Un pêcheur ramenant dans

tion de l'activité nerveuse, se trouvent sous une dépendance réciproque, et que, lorsque nous localisons ici ou là telle entité morbide, nous ne faisons que consacrer une expression phénoménale dominante.

VI

Quelles frontières peuvent être établies entre le *tempérament*, qui est la santé, l'*état constitutionnel* qui est intermédiaire entre la santé et la maladie, et la *diathèse*, qui est la maladie elle-même?

Aucune, qu'il soit possible de délimiter. Le passage du tempérament à l'état constitutionnel, et de l'état constitutionnel à la diathèse, est insensible : leurs caractères ne le sont pas si nous les prenons dans leur état achevé, mais ils le sont si nous cherchons à les saisir dans leur transition respective.

Que nous considérions le germe dès la première cellule organisée, ou l'être formé dès sa première inspiration, nous voyons commencer la lutte pour l'existence, contre les influences héréditaires et contre les influences hygiéniques, les unes et les autres aussi redoutables que nécessaires, les unes et les autres prodiguant les éléments de conservation et de désordre, de vie et de mort. La seule défense est l'organisation elle-même, dont l'essence est la faculté de réagir contre les causes perturbatrices et destructrices. Semblables à ces jouets dont l'équilibre stable ne cesse de se rétablir, quelques impulsions qu'on leur ait imprimées, les êtres organisés portent en eux-mêmes une force d'équilibre stable, jusqu'au moment où une force supérieure sera venue vaincre leurs conditions d'équilibration.

Cette période d'indifférence que Virchow attribuait à la cellule avant qu'elle parvienne à subir une néoplasie déterminée, celle que M. Grancher a cru apercevoir dans la cellule indifféremment destinée au tubercule ou au scrofulome, est sans doute l'état de l'organisme, inachevé ou complet, qui précède telle ou telle détermination constitutionnelle ou diathésique. Poussé ou retenu, d'abord par les entrecroisements héréditaires, favorables ou contraires, ensuite par les influences hygiéniques, bienfaisantes ou funestes, il prend une direction quelconque.

Celle-ci pourra aboutir à quelqu'une de ces formes entrevues que nous saisissons et que nous classons; mais le plus souvent elle s'arrêtera en chemin, et créera ces constitutions mixtes qui sont les plus nombreuses, que nous ne savons pas encore définir, faute, sans doute, de moyens d'observation assez subtils, mais qui n'en existent pas moins.

---

ses filets la tête d'Orphée », se prêterait à des développements indéfinis sur le thème qui précède, mais je ne puis m'attarder et je ne dois poser que des indications. Ce groupe contient des beautés de premier ordre; il est bien étudié, bien construit; la tête du pêcheur est d'une excellente expression, mais l'agencement de la lyre et de la tête d'Orphée est si maladroit, — je ne suppose pas qu'il y ait là un dessein prémédité, — que la tête d'Orphée éveille l'idée de je ne sais quel animal fantastique qui étendrait les bras ou les pattes. Ces appendices ne sont que les cornes de la lyre. C'est absolument grotesque.

Ajoutons qu'un autre groupe, plâtre, du même auteur, intitulé « l'Immortalité », est irréprochable au point de vue de la composition. Somme toute, le Salon de cette année classe M. Longepied parmi les artistes de haut vol et fait concevoir, de son avenir, les plus grandes espérances.

Nous n'avons que des éloges à donner à M. Allouard pour sa belle statue, plâtre, de « Molière mourant » Elle doit, certainement, prendre rang parmi les trois ou quatre figures les mieux conçues de l'exposition, et c'est peut-être de toutes la plus impressionnante et la plus sympathique. Nous la reverrons sans doute en marbre prochainement. Elle exige impérieusement d'être exécutée en cette matière.

M. Aimé Millet, dont les productions s'imposent toujours à l'attention du public, expose le « portrait en pied du jeune Robert H...; statue, marbre ». On retrouve là les grandes qualités d'élégance en même temps que de savante construction auxquelles nous a habitués ce statuaire, continuateur de la bonne tradition. Son petit bonhomme est parfaitement campé, très naturel et très aristocratique dans la fine acception du mot. Il est charmant, en somme. C'est un portrait et nous savons que le genre comporte une certaine recherche dans les détails même des costumes, mais il nous semble que M. Millet a poussé un peu loin cette recherche. La différen-

C'est ainsi que chacun se porte bien à sa manière, et, ce qui nous intéresse surtout, est malade à sa manière, et ressent à sa manière les atteintes que les agents extérieurs lui font subir, à titre pathologique ou traumatique, ou encore les troubles dont les causes extérieures nous échappent et qui semblent procéder d'une action spontanée.

VII

La déduction naturelle des idées qui viennent d'être exposées est que l'institution des diathèses, telle qu'elle est aujourd'hui acceptée dans la nosologie et dans le langage médical, est en grande partie artificielle et demande à être profondément révisée.

Personne plus que moi ne rend justice aux maîtres qui, sans l'avoir précisément créée, ont systématisé, dans ces derniers temps, et vulgarisé la notion des diathèses. Bazin et Pidoux ont rendu un service considérable à la pathologie en y affirmant l'existence de ces états dont ils montraient le point de départ dans l'hérédité, et l'aboutissant dans un ensemble de phénomènes déterminés; dont l'un d'entre eux, surtout, a fait entrevoir les combinaisons mutuelles, et les transformations à titre de métissage.

La pathogénie des maladies chirurgicales chroniques, le pronostic des traumatismes et de la chirurgie opératoire, sujets où M. Verneuil a justement rattaché à la chirurgie des études qui étaient demeurées jusqu'alors le domaine exclusif de la médecine, ont eu beaucoup à profiter de l'impulsion donnée par ces éminents observateurs. Mais il faut reconnaître que le cadre systématique où se trouve aujourd'hui emprisonnée la conception des diathèses ne représente qu'un ensemble confus dont une décevante simplicité fait tout le succès.

Le travail qu'on a commencé pour le cancer, cette pure entité d'une époque encore toute récente, qui se composait de tant d'éléments divers, il faut l'approprier à l'arthritis, à l'herpétis, au rhumatisme, à la scrofule, expressions qui fournissent aujourd'hui à la médecine une foule d'applications purement platoniques, et qui ne résistent pas à une analyse vraiment scientifique.

Il n'est que trop facile en apparence de rattacher les actes morbides que l'on rencontre à des conceptions pathogéniques, lesquelles sont, dans bien des circonstances purement conventionnelles, bien qu'elles semblent trouver dans l'occurrence de tels ou tels actes pathologiques des témoignages effectifs de leur réalité.

---

ciation des étoffes est excessive; on voit du premier coup que le béret, la chemise, la ceinture, le pantalon, etc., ne sont pas du même tissu. On n'en demande pas tant au statuaire. M. Millet est tombé dans l'erreur des italiens qui oublient trop que la sculpture est l'art de la forme seule et qui s'imaginent que chaque détail doit être reproduit par le marbre comme il le serait par une épreuve photographique. Un véritable tour de force, à ce point de vue, a été accompli par M. Malfatti, de Milan, dans sa « Déception », statue, marbre. C'est une jeune femme, vêtue d'une robe de satin et qui tient une lettre à la main. La lettre est écrite en caractères noirs et le satin de la robe est rendu avec une perfection telle qu'il fait trompe-l'œil. Les italiens excellent à ces imitations minutieuses et fidèles; je me suis laissé dire que les finesses, les préciosités d'exécution étaient singulièrement facilitées par l'état du marbre qui, très tendre au sortir de la carrière, se laisse travailler sans effort. Quoi qu'il en soit, et tout en admirant comme il convient l'habileté et la souplesse de l'outil, nous croyons que M. Millet fera bien de ne pas s'engager dans cette voie de décadence. Au satin le plus chatoyant nous préférons, pour une statue, une robe de marbre.

—

En entrant dans les salles de peinture laissez-moi, cher lecteur, vous soumettre une simple remarque. Nous allons trouver là, comme au jardin de la sculpture, beaucoup de femmes nues. Mais tandis que la nudité, réduite à la forme seule et devenue en quelque sorte une abstraction, revêt, au point de vue sculptural, un caractère de chasteté, elle s'aggrave au contraire, sous le pinceau des peintres, par la couleur et par les accessoires. Les peintres sont portés à nous montrer la femme sans voiles. Cela se conçoit. Il n'est rien de plus beau. (J'ai cependant connu des artistes, peu galants, qui préféraient la forme masculine. Je ne les nom-

Il ne doit pas suffire, pour affirmer la présence de l'arthritis ou de l'herpétis, de constater l'existence de certains phénomènes, semblables à ceux que l'on a rencontrés dans les cas les mieux avérés d'arthritis ou d'herpétis. Les actes morbides qui constituent les maladies locales sont limités. Mais les conditions des organismes qui leur servent de théâtre sont illimitées.

Quelqu'extension que l'on donne au cercle des constitutions, c'est-à-dire des états de l'organisme qui impriment à la santé relative, et à la maladie, tant de physionomies diverses, ou au cercle des diathèses, c'est-à-dire des états de l'organisme qui président à la genèse et à l'entretien des maladies chroniques, il est à penser qu'on laissera encore, en dehors, des états mixtes et indéfinissables; car ce n'est pas la nature qui se modèle sur nos formules, mais ce sont nos formules qui doivent se modeler sur la nature, et qui souvent n'y parviennent qu'imparfaitement.

L'auteur de cette communication a étudié dans cette direction la question si embrouillée du rhumatisme (1). Il est convaincu qu'il y a dans la recherche d'une détermination des constitutions et des diathèses, plus vraie que celle dont on s'est contenté jusqu'ici, un sujet d'étude et d'observation du plus haut intérêt pour la constitution de la pathologie. Son objet, dans les considérations qui précèdent, et qu'il a dû ramasser sous une forme dont la concision contraste fort avec l'étendue des problèmes, a été d'appeler sur un tel sujet l'attention des pathologistes.

(1) *Étude critique sur l'etiologie de l'arthrite noueuse*, dans *Journal des connaissances médicales*, 1880. — *Étude critique des connexions pathologiques de l'arthrite noueuse*, même journal, 1881.

BIBLIOTHÈQUE

THE DISEASES OF THE SPINAL CORD, par le docteur Byrom Bramwell. Edimburg : Malaghlan and Steward ; 1882.

Cet ouvrage est un compendium remarquable des maladies de la moelle épinière, dons l'étude a fait depuis quelques années des progrès nombreux, grâce aux travaux des savantt français et étrangers. Aussi, pour rendre un légitime hommage aux deux hommes qui ont le plus contribué à faire connaître l'anatomo-pathologie de la moelle épinière, l'auteur a placé son livre sous le patronage de M. Erb (de Leipsig) et surtout de M. le professeur Charcot. Il es

merai pas.) Il s'agit de trouver des prétextes pour étaler « tant de charmes » aux yeux du public. Les amateurs, — et c'est le grand nombre, — que ce spectacle intéresse, ne chicanent guère l'artiste sur le prétexte invoqué. Le plus souvent on a recours au bain ; qu'il y aurait à dire à ce sujet ! Même au bain, il n'est pas sûr que la femme, dans nos climats, aime à rester nue. Elle constate, en effet, sur elle-même, certaines particularités que l'artiste supprime ou corrige, et ces particularités l'humilient parce que, ne les voyant jamais en peinture, elle s'imagine quelles lui sont personnelles. Ce sont des rougeurs aux coudes et derrière les bras, des chagrinements de la peau, des tombées du sein ou du ventre, des déformations des pieds, etc., toutes choses que dissimule le vêtement. En supposant que son corps soit irréprochable, il n'est pas prouvé du tout que la femme ne se trouve pas infiniment plus jolie et plus attrayante habillée que nue. Pour elle, le vêtement est toujours une « parure ».

D'ailleurs, les nudités peintes sont en général assez médiocres au Salon. Nous n'en regarderons guère, si même nous en regardons.

Cl. Suty.

Crayon d'azotate d'argent et d'azotate de plomb.

Azotate d'argent.	5 parties.
Azotate de plomb	1 partie.

Fondez ensemble et coulez dans une lingotière. — La société de chirurgie de Moscou a adopté ces crayons. Ils sont peu fragiles, et se laissent tailler comme des crayons de plomb.

N. G.

juste de le remercier de cet acte d'équité envers la science française, dans la personne d'un de ses plus éminents représentants.

Le premier chapitre de cet important ouvrage est consacré à la description anatomique et à la physiologie de la moelle épinière. Ce résumé des connaissances acquises depuis vingt ans est très complet, et l'intelligence du texte est facilitée par un nombre considérable de figures noires, de schèmes et de planches chromo-lithographiques.

L'anatomo-pathologie et l'étude des altérations de fonctions qui correspondent aux lésions diverses de l'axe spinal, forment la matière du deuxième chapitre. Ces lésions sont primitives ou intra-médullaires, et débutent par les éléments nerveux médullaires, ou bien secondaires ou extra-médullaires, et ont pour origine les vertèbres ou les méninges.

Les lésions intra-médullaires ou systématiques sont elles-mêmes, soit primitives, c'est-à-dire indépendantes de toute altération anterieure, soit secondaires, et résultent d'un état morbide antérieur. Les lésions primitives peuvent siéger sur les cornes antérieures, les pyramides croisées ou les colonnes postéro-externes. Après avoir décrit ces lésions systématiques, l'auteur étudie les lésions diffuses, telles que celles de la myélite aiguë, de la sclérose cérébro-spinale, des hémorrhagies et des tumeurs intra-médullaires. Il examine enfin les altérations de fonctions consécutives aux lésions unilatérales.

Les paragraphes consacrés aux phénomènes morbides produits par les lésions extra-médullaires, comprennent l'étude des effets de la compression lente ou rapide de la totalité de la moelle, ou bien isolément des cordons antérieurs et des cordons postérieurs.

Dans le troisième chapitre, le docteur Bromwell donne la méthode à suivre pour l'examen des malades atteints d'affections spinales, expose les procédés qui permettent d'étudier les divers symptômes, l'usage du dynamomètre, les règles de l'exploration électrique, les moyens de reconnaître les réflexes et l'état de la sensibilité. Enfin, le diagnostic des diverses paralysies et des causes de la maladie font l'objet de nombreux paragraphes. Ces considérations générales sur la pathologie médullaire sont suivies d'une description de la poliomyélite antérieure aiguë chez les enfants et les adultes, de la paralysie générale spinale subaiguë, de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie pseudo-hypertrophique, de la sclérose latérale primitive, de la sclérose latérale amyotrophique et de l'ataxie locomotrice. L'extension de ces lésions organiques localisées donne lieu à des altérations systématiques secondaires que le docteur Bramwell passe ensuite en revue.

Parmi les formes diffuses, la myélite aiguë et chronique, la sclérose cérébro-spinale, les tumeurs intra-médullaires, les hémorrhagies intra-médullaires et enfin les altérations d'origine extra-médullaire font l'objet des paragraphes suivants.

Mais la description des altérations de fonctions, qu'on regarde comme indépendantes de toute lésion organique, a été très abrégée, et l'auteur ne donne que de rapides et sommaires indications sur la paraplégie hystériqne, la paralysie réflexe, et les paralysies de l'alcoolisme ou de l'impaludisme.

Il ne faudrait pas chercher dans cet ouvrage des vues nouvelles ou les résultats de recherches originales sur les affections spinales. Exposé complet de la séméiologie et de l'anatomo-pathologie de ces maladies, ce livre a été écrit avec un esprit méthodique et dans un but pratique, de sorte que le lecteur le moins au courant des travaux récents, pourra facilemen se retrouver dans le domaine si vaste de la pathologie de la moelle épinière.

Il serait donc désirable de voir l'un de nos éditeurs faire traduire en français cette œuvre, qui serait des plus utiles aux médecins qui pratiquent et aux étudiants. Nos éditeurs ne nous ont pas habitué à un tel luxe typographique, ni à une telle abondance de magnifiques planches. Apprendre à connaître les affections médullaires dans de semblables conditions devient une tâche aussi agréable que fructueuse, qualités qui sont loin d'être celles de la plupart des ouvrages de ce genre. — Dr Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Th. du Moncel, en présentant son ouvrage *Sur le microphone, le radiophone et le phonographe*, s'exprime en ces termes :

« Le microphone et le phonographe faisaient, dans l'origine, partie de mon ouvrage *sur le téléphone,* mais les découvertes se sont tellement multipliées dans ces dernières années, surtout en téléphonie, que j'ai dû consacrer un volume entier au téléphone et à ses applications, et comme, d'un autre côté, la science électro-acoustique s'est enrichie depuis peu d'une branche nouvelle extrêmement intéressante, la *radiophonie,* j'ai pensé que le microphone, le

radiophone et le phonographe pourraient à eux seuls remplir un volume ; c'est ainsi que mon premier ouvrage s'est trouvé dédoublé. Il y avait d'ailleurs d'autres découvertes qui se rattachaient plus ou moins à ces divers instruments et qui pouvaient encore compléter l'ouvrage : c'étaient d'abord la machine parlante américaine et l'enregistreur électrique de la parole, et en second lieu le téléphote ou le télectroscope, au moyen duquel les images lumineuses peuvent êtres reproduites électriquement à distance par des moyens analogues à ceux employés en radiophonie et en télégraphie autographique. Sans doute cette nouvelle application électrique n'est encore qu'à l'état rudimentaire, mais il est possible que, comme beaucoup d'autres du même genre, elle progresse dans l'avenir, et il était intéressant de faire connaître ce qui avait été fait dans cette voie ; aussi lui ai-je consacré un chapitre spécial dans le volume que je présente aujourd'hui à l'Académie. »

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance :

Un ouvrage intitulé : *Revues scientifiques*, publiées par le journal la *République française*, sous la direction de M. P. Bert ; 4e année. Ce volume contient des dissertations du plus grand intérêt sur les questions les plus délicates de la philosophie naturelle.

M. de Lesseps, ayant été invité par sir Edgard Walking, directeur du percement du tunnel sous-marin, à en visiter les travaux, est chargé de témoigner à l'Académie le désir de voir quelques-uns de ses membres prendre part à cette réunion ; elle aura lieu le 30 juin.

M. Daubrée ajoute que ceux de ses confrères qui se rendront à cette gracieuse invitation verront sans doute avec intérêt fonctionner la machine du colonel Beaumont qui, du côté de l'Angleterre, près Douvres, a déjà foré la galerie de reconnaissance sur plusieurs centaines de mètres, et qui vient d'être établie, avec des perfectionnements, au fond de la galerie de reconnaissance partant de Sangatte près Calais.

M. Brame adresse une note *sur diverses propriétés de l'acide cyanhydrique.*

I. L'acide cyanhydrique, en vapeur, détermine un trouble à peine sensible dans le blanc d'œuf et dans une solution d'albumine. Dissous dans l'eau, il précipite abondamment l'albumine pure ou en dissolution aqueuse.

II. La conservation des cadavres d'animaux intoxiqués par l'acide cyanhydrique s'est prolongée pendant une année. Des lapins, etc., intoxiqués par cet acide, qui ont figuré à l'exposition artistique et industrielle de Tours, sont encore bien conservés bien qu'ils aient subi, à plusieurs reprises, dans le cours de l'Exposition, 38° de chaleur.

III. Au bout de plusieurs mois les cadavres d'animaux injectés ou intoxiqués par l'acide cyanhydrique, et conservés dans des bocaux bouchés, perdent toute odeur de cet acide et contractent celle du formiate d'ammoniaque, sel qui se retrouve dans le liquide séreux.

IV. Le formiate d'ammoniaque, préparé directement avec de l'acide formique et de l'ammoniaque, donne une matière cristalline déliquescente, de sorte que, pour l'obtenir, il faut évaporer la solution à l'abri de l'air sur de l'acide sulfurique.

V. Dans les embaumements par l'acide cyanhydrique, il sera nécessaire d'introduire dans le cadavre, après cet acide, une petite quantité de matières absorbant l'eau en se durcissant (chlorure de zinc).

M. Vulpian présente une note de M. Ch. Richet, intitulée : *Comparaison des chlorures alcalins sous le rapport du pouvoir toxique ou de la dose mortelle minimum.*

« Les expériences que j'ai communiquées précédemment à l'Académie sur l'action toxique comparée des divers chlorures métalliques étaient passibles de plusieurs objections sérieuses. Je n'avais pas envisagé l'action de ces poisons sur l'ensemble de l'organisme, mais seulement sur l'un des tissus de l'organisme. J'ai pu instituer de nouvelles recherches qui me permettent d'apprécier, non pas la hiérarchie toxique des métaux, mais ce que je proposerai d'appeler, pour éviter toute confusion, *la dose mortelle minimum.*

En effet, on doit distinguer l'action toxique spéciale qu'exerce une substance sur tel ou tel organe, sur tel ou tel tissu, et la dose de cette même substance qui détermine la mort de l'animal. Par exemple, pour le curare, la dose toxique, celle qui empoisonnera le cœur et les centres nerveux, est tout à fait différente de la dose mortelle, qui est beaucoup plus petite, si la respiration artificielle n'est pas pratiquée de manière à permettre la vie du cœur et des centres nerveux. De même, pour beaucoup d'autres poisons, la dose toxique est différente de la dose mortelle. Dans les divers empoisonnements par le curare, par l'oxyde de carbone, par la strychnine, par le chloroforme, par l'arsenic, ce sont des tissus différents qui sont atteints. On ne peut donc comparer utilement la toxicité de ces poisons divers. Au contraire, on peut très bien comparer leur dose mortelle minimum, dont la connaissance a une importance très grande pour la thérapeutique et la toxicologie.

Pour détermine avec précision la dose mortelle, il faut : 1° prendre comme sujet d'expérience la même espèce animale; 2° rapporter la quantité de substance injectée au poids de l'animal; 3° faire l'injection de la substance soluble sous la peau et non dans le sang, de manière à éviter la perturbation violente que produit, dans le système circulatoire, l'introduction brusque d'une substance étrangère.

Mes expériences ont porté sur des cobayes (en général de petite taille), et j'ai essayé de comparer la dose mortelle des principaux chlorures alcalins : chlorures de lithium, de sodium, de potassium, de rubidium et de césium.

Il résulte de mes expériences que, dans la série des métaux alcalins, il n'existe aucune relation entre le poids atomique de ces métaux et leur activité physiologique. Le rubidium, dont le poids atomique est élevé, est beaucoup plus inoffensif que le sodium lui-même. Le lithium, dont le poids atomique est très petit, puisque nul corps simple n'a un poids atomique inférieur, est au contraire mortel à faible dose.

Je ne voudrais pas conclure de ces expériences que, pour les autres familles métalliques, il n'existe aucun rapport entre le poids atomique du métal et la dose mortelle minimum; mais il me paraît maintenant incontestable que, dans la famille chimique des métaux alcalins, la relation entre le poids atomique et la toxicité n'existe pas. »

M. H. Bouley communique une note au nom de M. Paul Gibier, intitulée : *De la possibilité de faire contracter le charbon aux animaux à sang froid en élevant leur température.*

La température qui semble la plus favorable à la bactéridie charbonneuse est celle des mammifères, c'est-à-dire une chaleur de 37° à 38°.

Les oiseaux, et notamment la poule, ayant une température plus élevée (42° environ), ne contractent pas dans les conditions ordinaires la maladie dont nous parlons.

Cependant M. Pasteur, comme on le sait, est parvenu à donner le charbon à la poule et à faire développer la bactéridie dans le sang de cet oiseau en abaissant sa température par une immersion prolongée des pattes dans l'eau froide.

Après avoir constaté qu'à la température ordinaire de l'eau les grenouilles ne paraissent pas se ressentir d'une injection sous-cutanée ou intra-péritonéale de liquides charbonneux, nous nous sommes posé la question de savoir si, en élevant leur température à 37° environ, la bactéridie charbonneuse trouverait chez ces animaux à sang froid, devenus ainsi momentanément des animaux à sang chaud, les conditions propres à son développement.

Cette question, nous croyons l'avoir résolue au moins en partie, et nous sommes arrivé à donner le charbon à des grenouilles en les obligeant à vivre dans de l'eau à la température de 33° à 37°.

On ne réussit pas toujours, même dans ces conditions, à rendre charbonneuse une grenouille. Ainsi, sur vingt de ces animaux, nous avons obtenu cinq cas de charbon seulement. Les autres sont mortes presque aussitôt après leur immersion dans l'eau chaude, ou seulement trois ou quatre jours après, sans présenter de bactéridies. Deux ont résisté complètement. On voit que, chez les grenouilles ainsi que dans les autres espèces animales, il existe des variations individuelles.

Nous possédons de nombreuses préparations de sang de grenouille et des coupes du foie où les bactéridies abondent. Elles sont remarquables par leur longueur infiniment plus considérable que celles des cobayes qui nous ont servi à contrôler la nature des bâtonnets de la grenouille. Une goutte de sang prise dans le cœur de cette dernière et inoculée à un cobaye le tuait dans les quarante-huit heures.

On peut attribuer la longueur des bactéridies charbonneuses de la grenouille à la lenteur de la circulation chez ce batracien. Le cours du sang plus rapide chez les animaux à sang chaud brise les bâtonnets ou bien empêche leur long développement.

Quelques faits secondaires, mais importants néanmoins, méritent d'être notés au cours de cette expérience; nous les résumons brièvement :

1° Nous avons remarqué que les grenouilles où s'est développé le charbon jeûnaient depuis un temps plus ou moins long. Les grenouilles vigoureuses, nouvellement capturées, ont résisté ou sont mortes au bout de quelques jours sans bactéridies et sans augmentation de volume du foie ;

2° Les grenouilles que l'on plonge sans transition de l'eau froide dans l'eau chaude, aussitôt après l'inoculation, succombent plutôt au charbon que celles acclimatées tout d'abord ;

3° Enfin un fait curieux, qui n'est peut-être qu'une simple coïncidence, c'est qu'*aucune des grenouilles, inoculées jadis à froid, n'est morte à la suite d'une deuxième inoculation dans l'eau chaude.* Doit-on considérer là un phénomène de vaccination ?

Nous nous proposons d'examiner à nouveau ces différents points.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de faire remarquer l'importance des expériences de

M. Pasteur sur la poule, et des nôtres que nous venons d'exposer. On peut conclure, d'après leurs résultats, que, pour faire contracter une maladie infectieuse à un animal physiologiquement réfractaire, on doit rechercher avant toute chose les conditions pouvant conférer l'aptitude morbide à l'organisme sur lequel on expérimente.

JOURNAL DES JOURNAUX

L'albuminurie hématogène, par Bamberger. — Cette forme fréquente d'albuminurie ne reconnaît pas de lésion rénale. On l'a aussi appelée *transitoire*, bien que sa durée puisse être fort longue. Elle survient chez des personnes en apparence bien portantes, et comme complication des maladies fébriles et convulsives. L'auteur n'accepte pas les explications pathogéniques de Remeberg, qui fait jouer un grand rôle à la diminution de la pression sanguine, et accuse au contraire, d'après ses propres expériences, l'augmentation de pression, mais en raison seulement du ralentissement circulatoire qui en est la conséquence, comme l'ont montré Posner et Litten. Il intervient également une action vaso-motrice, car il n'y a pas de relation absolue entre l'abondance de l'albuminurie et l'élévation de la température. Enfin, il existerait encore des altérations chimiques mal déterminées du sérum sanguin. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1881, 627.)

Phénomènes de diplécée (diplacusis binauralis), par Spalding. — L'auteur, depuis plusieurs années, et à la suite d'un catarrhe de l'oreille moyenne, est atteint d'un certain degré de cophose. Il lui arriva, ayant été soumis pendant quelques minutes, et du côté gauche plus particulièrement, au bruit assourdissant d'une machine, d'éprouver subitement une sensation de compression dans les deux oreilles accompagnée d'un tintement qui fit place à une sorte de bruit de vagues. C'est alors qu'il constata que les notes d'une flûte : sol, sol dièze; la, la dièze, perçues avec leur tonalité normale à droite, s'augmentaient dans l'oreille gauche d'une tierce mineure et donnaient : si, si dièze; do, do dièze. Aucune autre note n'était dénaturée par l'audition bi-auriculaire, qui redevenait parfaitement normale à partir de fa dièze en bas et de si naturel en haut. La voix chantée donna les mêmes résultats pour les mêmes notes avec cette différence qu'à gauche les sons paraissaient correspondre à une octave supérieure. L'acuité auditive n'était pas modifiée, les phénomènes disparurent en vingt-quatre heures. L'auteur, et sujet à la fois, attribua leur production à une augmentation momentanée de la pression dans le labyrinthe. (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1881, p. 143.)

Ileus provoqué par des concrétions de gomme laque, par C. Friedlander. — Le calibre de l'intestin grêle était complètement obstrué, à 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, par des concrétions assez régulièrement cylindriques ou sphériques. On en retrouvait encore un certain nombre jusqu'à l'estomac, qui en contenait une grande quantité et de très grosses. Quelques-unes atteignaient le volume d'un œuf d'oie; le poids total de ces singulières productions, de couleur brune, à cassure vitreuse, et dont on ne pouvait soupçonner la nature, atteignait 960 grammes.

Les renseignements pris vinrent heureusement éclairer le diagnostic : il s'agissait d'un menuisier, adonné à la boisson, et qui avait l'habitude de satisfaire sa passion avec une solution alcoolique de gomme laque, qui devait servir au vernissage de ses meubles. C'était bien à de la gomme laque qu'on avait affaire. (*Berlin klin. Wochenschrift*, 1881, n° 1.)

Fibrinurie aiguë, par Baumüller. — Cas rentrant dans ceux qui ont déjà été décrits par Vogel. Il s'agit d'une femme de 38 ans, ayant déjà souffert, après un premier accouchement, de douleurs rénales avec hématurie, et qui, après un second accouchement normal, évacuait par le canal de l'urèthre, dans de violents accès de dysurie, la sécrétion muco-albumineuse caractéristique à laquelle manquait cependant quelques-unes des réactions classiques de la fibrine. L'urine renfermait simultanément des globules de pus et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, sans débris épithéliaux. L'auteur exclut le diagnostic de pyélo-néphrite croupale et se rattache à la fibrinurie de Vogel. (*Virchow's Archiv.*, LXXXII, 1881, p. 261.)

Inflammation croupale du canal de Sténon, par Hiller. — Affection déjà décrite par Kussmaul et dont l'auteur a vu un nouvel exemple dans la personne d'un homme robuste de 36 ans, qui était quelquefois pris, pendant le repas, d'une gêne marquée avec augmentation de volume de la région parotidienne droite. En exerçant une pression avec la main, cette tuméfaction se dissipait après issue, par l'orifice du canal de Sténon, de quelques flocons muqueux, semi-purulents, suivis de l'expulsion d'une assez grande quantité d'un liquide transparent, qui n'était autre que la salive parotidienne. Entre temps, le sujet pouvait toujours par la pression faire sourdre ce liquide de la parotide droite, et non de la parotide gauche. Ipscher a

publié dans le *Berliner klin. Wochenschr.* (1879, n° 36) une observation, absolument comparable, d'inflammation du canal de Wharton. (*Centralblatt f. med. Wiss.*, 15 octobre 1881, d'après *Wien. med. Wochen.*)

Un autre fait d'inflammation du canal de Sténon et du tissu conjonctif ambiant a été presque simultanément publié par L. Weber (*Perisialdochitis phlegmonosa*). La tuméfaction de la région s'accompagna d'une rougeur érysipélateuse avec fièvre intense. La compression et le cathétérisme du canal de Sténon triomphèrent de ces accidents. Le pus qui fut expulsé en premier lieu était d'une odeur infecte. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1880, n° 33.)

Etiologie, pathogénie et thérapeutique du rachitis, par Lander. — En comparant, par l'analyse, le lait de 7 femmes dont les enfants prospéraient, et de 3 femmes dont les nourrissons montraient des signes de rachitis, l'auteur trouve que chez ces derniers la potasse et le phosphore sont en excès notable par rapport à la soude et au chlore. Il résulterait de cette altération des proportions normales, l'impossibilité pour l'estomac de se constituer en suc gastrique normal, les réactions qui aboutissent à la formation de l'acide chlorhydrique étant troublées par l'acide phosphorique. De là, des digestions anormales et une assimilation insuffisante des sels de chaux. Le remède est, pour la nourrice, dans l'augmentation de la nourriture animalisée. L'œuf convient au nourrisson. Le lait de vache doit être coupé de 1/3 ou 1/6 d'eau, suivant l'âge, pour se rapprocher davantage du lait de femme ; on y ajoutera, dans le même but, 10 grammes de sucre de lait par litre et 0 gramme 50 de chlorure de sodium. — (*Virchows' Archiv.*, LXXXIII, p. 377.) R. Longuet.

VARIÉTÉS

ENCORE UN INSTITUT VACCINOGÈNE.

Il y a quelques semaines, nous publiions un compte rendu des opérations de l'Institut vaccinogène d'Anvers. L'excellence des résultats ainsi obtenus a déterminé le gouvernement belge à créer, sur l'avis de l'Académie de médecine de Belgique, un *office vaccinogène central* (1) auprès de l'Ecole de médecine vétérinaire de Bruxelles.

Cet office, destiné à remplacer l'Institut vaccinal du parc Léopold, a dû fonctionner le 10 juin dernier. Il a pour but de procurer *gratuitement et sans frais* du vaccin animal à toutes les administrations, à tous les médecins, et même aux particuliers par l'intermédiaire des bourgmestres. Cet office ne se charge pas de vacciner les personnes ; il n'a pour objet que de fournir du vaccin en tout temps, et aux médecins qui en ont besoin. A cet effet, ces derniers jouissent de la franchise postale, soit pour adresser leurs demandes, soit pour retourner les feuilles d'avis mentionnant les résultats obtenus.

Notre pays attend encore une institution semblable, établie soit auprès de l'Académie de médecine par l'administration centrale, soit tout au moins par les municipalités. — Ch. E.

(1) Le *Scalpel*, 18juin 1882.

COURRIER

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ; vu le règlement du 15 novembre 1879, arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 10 juillet 1882.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 8 juillet, à 4 quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'art. 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe;

5° Les candidatss justifiant des grades de bacheliers ès sciences et ès lettres qui continuen leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité.

Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Art. 4. — Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris, le 19 juin 1882.

Epidémies. — Des dépêches parvenues en Égypte et à Constantinople annoncent l'apparition du choléra dans l'île de Padang, dépendance de Sumatra, dans le détroit de Malacca. Aussi, en raison des communications actives qui ont lieu entre cette localité et Singapore, Batavia et les postes principaux de Java et de Bornéo, les conseils de santé internationaux d'Égypte et de Constantinople ont pris les dispositions suivantes: 1° les provenances des îles néerlandaises et de Singapoe subiront, pour Suez et l'Égypte, vingt-quatre heures d'observation ou le passage du canal en quarantaine; 2° les bateaux qui seraient affectés de choléra subiront sept jours de quarantaine; 3° la même durée d'observation ou de quarantaine est prescrite vis-à-vis de ces provenances dans tous les ports de l'empire ottoman (Méditerranée, Hedjaz, Yémen, et golfe Persique).

Ces mesures sont d'autant plus motivées que le moment est proche où les pèlerins des Indes vont entreprendre le pèlerinage de cette année aux Lieux Saints de l'Islam. De plus la statistique de Calcutta a présenté pour le mois d'avril trois cents cas de mort par le choléra, et cent quatre pour la seule période du 29 avril au 6 mai.

Le conseil militaire de Constantinople est décidé, paraît-il, si cet état de l'Extrême Orient ne s'améliore pas, à prendre une mesure qu'avait prévue et conseillée la Conférence internationale de Constantinople. Une quarantaine et une observaiion sévère et suffisamment prolongées seront établies pour les navires venant de l'océan Indien, vers l'entrée de la mer Rouge. Cette mesure visera principalement les navires transportant des pèlerins; quarantaine et observation seraient par eux subies dans l'île de Camaran, qui présente les conditions les plus avantageuses pour cet objet.

Concours. — La Société de médecine de Toulouse vient de mettre au concours, pour l'année 1884, la question suivante : « Étude comparative des trois vaccins; auquel faut-il donner la préférence? » Le prix sera d'une valeur de trois cents francs. Les mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le premier janvier 1884.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Par suite du jour où tombe, cette année, la Fête nationale, la séance règlementaire du 14 juillet aura lieu le vendredi 7 juillet.

Ordre du jour : M. Guyot : Deux cas de gangrène sèche. — M. Gouguenheim : Granulose miliaire du pharynx. — M. Cadet de Gassicourt : Sur un cas d'affection congénitale du cœur. — M. Martineau : Des injections hypodermiques de peptones mercuriques dans le traitement de la syphilis. — M. Roussel : De la transfusion. — M. Sevestre : Présentation de malade. — M. Ferrand : Présentation de malade. — M. Robin : Sur le délirium tremens. — M. Dujardin-Beaumetz : Présentation d'appareils.

— L'*Annuaire des Eaux minérales de la France et de l'étranger*, pour 1882, est en vente à la librairie Gauthier-Villars. Nos lecteurs y trouveront une nomenclature complète des stations minérales en France, avec l'indication de la nature des sources, de leur température, de leurs propriétés chimiques et thérapeutiques, des ressources et de l'installation des établissements, etc. Le volume renferme des notions sur les stations les plus recherchées du public, et des renseignements pratiques utiles aux médecins et aux malades.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

OBSÈQUES D'AMÉDÉE LATOUR.

Le vendredi 30 juin, à onze heures, une nombreuse et sympathique assistance se réunissait dans le petit jardin de Châtillon où se sont écoulés les derniers jours de notre ancien rédacteur en chef. Malgré la distance et le mauvais temps, malgré leurs occupations professionnelles, ses anciens amis, ses collègues de la Presse, les admirateurs de son talent et de son caractère, étaient venus en foule pour lui rendre les derniers devoirs. Les noms les plus illustres dans le Corps médical, Henri Roger, Gavarret, Ricord, Lasègue, Hérard, Bergeron, etc., ont tenu à donner cette dernière marque de sympathie à l'éminent publiciste, au causeur inimitable qui a si longtemps présidé aux destinées de l'UNION MÉDICALE, et dont la plume s'est arrêtée quelques jours seulement avant que la vie l'abandonnât. Lui qui a pris une part si active aux évènements de son temps, aux polémiques de ses contemporains, à toute la vie de notre vieille Faculté, il a été suivi jusqu'à sa dernière demeure par les représentants les plus autorisés de cette Faculté à laquelle il n'a épargné ni son amour ni ses critiques, de cette Académie où il était si heureux et si fier d'avoir un siège, de cette Association générale à la fondation et au développement de laquelle son dévouement et son zèle humanitaire ont si puissamment contribué.

Arrivée au cimetière de Châtillon, l'assistance a écouté avec recueillement les paroles d'adieu que M. le docteur DECHAMBRE, un ancien rival dans la Presse médicale, un collègue des dernières années, a prononcées au nom de l'Académie de médecine.

L'assistance m'excusera si, près de ce cercueil et dans le deuil de tous, je me sens troublé par un souvenir personnel. Les luttes de la science et des lettres ont, comme d'autres, leurs entraînements, qui amènent des chocs aveugles et des blessures inutiles. Si, entre celui qui s'en va et celui qui vient lui dire un dernier adieu, il y a eu de ces chocs et de ces blessures, l'un et l'autre depuis longtemps ne les sentaient plus; mais je n'ai pu résister au besoin d'exprimer, devant des écrivains appelés à la vie militante, combien c'est un moment, je n'ose dire heureux en de telles circonstances, mais plein de consolation, que celui où l'on peut enfouir dans une tombe jusqu'aux derniers vestiges, s'il en restait, de toute dissension.

Cette funèbre occasion, je la saisis surtout parce qu'elle me donne lieu de rendre hommage aux qualités de cœur de celui que nous avons perdu. Il n'avait pas la longue mémoire des hostilités; il ne connaissait pas la haine. Une grande facilité de caractère, qui l'engageait vite dans les liens affectueux, le portait aussi aisément à les renouer quand ils s'étaient rompus, et je vois ici bien des témoins de son dévouement à l'amitié. Il avait d'ailleurs le respect de l'opinion d'autrui. S'il montrait quelquefois de l'obstination, de la vivacité, c'était seulement snr les questions qui mettaient en cause les intérêts du corps médical. Ayant sur ces intérêt complexes des vues propres et très arrêtées, dès qu'il les voyait contrariées il aiguisait ses armes pour les défendre : qui pourrait l'en blâmer ?

Je n'oublie pas, Messieurs, que je porte la parole au nom de l'Académie de médecine; car c'est surtout pour ses travaux de littérature et d'organisation médicales que l'Académie l'a admis dans son sein, et certainement la grande institution qu'il a fondée lui a été un titre légitime à cet honneur. Bien des années avant cette œuvre capitale, qui lui a créé parmi nous une situation si particulière, il avait péniblement cherché sa voie, même un instant en dehors du domaine professionnel. Quoi qu'il tentât, il lui fallut toujours reprendre la plume. C'est

que, en effet, écrire était sa principale aptitude. Il a eu de bonne heure le style, la verve, l'esprit ouvert et alerte; c'était, dans une position malaisée, une ressource toujours prête et souvent provoquée; il en usa et finit par s'y tenir. Vous savez avec quel succès. Il a été, on peut le dire, le premier représentant de la presse à l'Académie. Bien des lettrés y étaient entrés avant lui, qui avaient tiré en grande partie leur lustre de leur collaboration à des publications médicales périodiques. Nous rendions naguère les derniers devoirs à un collègue qui avait composé avec des articles insérés dans une importante gazette de Paris les deux volumes, si pleins de bon sens, d'esprit, souvent de profondeur, qui l'ont fait accueillir par la compagnie. Mais Amédée Latour est le premier publiciste qui se soit présenté n'ayant à la main qu'un journal, un instrument de polémique, publié sous sa direction, vivant en quelque sorte de sa vie et lui créant, devant l'opinion et devant ses juges, des responsabilités de plus d'un genre. Et ce fut pour lui un grand honneur, que l'équité de la compagnie, n'écoutant aucune prévention, n'ait regardé qu'aux services rendus, lui donnant même le pas sur un membre renommé de l'Académie des sciences.

C'est, il faut bien le dire, au *feuilleton* que cet honneur s'adressait plus directement. Ce sont des feuilletons aussi qui remplissaient les deux volumes de Peisse et qui formaient une bonne partie de l'œuvre médicale de Réveillé-Parise. Messieurs, qu'importe le mot? Là comme ailleurs peuvent se rencontrer et se rencontrent chaque jour dans la presse politique et littéraire, de hautes conceptions philosophiques, des vues sérieuses et fécondes sur l'histoire, les études les plus compétentes, comme les plus fructueuses, sur l'organisation de la société humaine. Pourquoi n'en serait-il pas de même en médecine? Si l'on faisait le compte de toutes les pierres apportées par le feuilleton aux édifices que le temps construit sur le sol de notre science et de notre profession, l'on serait étonné de la part qui lui en revient. Dans la tâche à laquelle il s'était dévoué, Latour s'est distingué de deux manières. Il ne s'est pas borné, comme ses devanciers, à jeter un rapide coup d'œil sur quelques-uns des sujets principaux de nos préoccupations; il a embrassé notre organisation tout entière; il a retourné nombre de fois toutes les questions; il s'est arrêté à tous les détails; si bien qu'il était toujours prêt à donner son avis sur tout ce qui touchait à l'enseignement, à la profession, aux corps savants, aux institutions et aux mesures administratives, à la déontologie et à la jurisprudence médicales. En outre, il a imprimé à tous ses écrits une forme qui était de lui, une forme courante, rapide, claire, familière, qu'on serait peut-être embarrassé de bien définir, s'il ne l'avait fait lui-même par le nom de *causerie*. La causerie médicale lui appartenait comme le *pamphlet politique* à Paul-Louis Courier. Nul, d'ailleurs, plus que lui n'a eu le don de saisir au passage, dans des conversations, dans une lecture buissonnière, dans le souvenir, dans la rêverie, dans l'air, on ne sait où, ces mille riens attachants, rarement sévères, plus souvent gais ou tendres, dont le rapport avec les choses de la médecine ne le préoccupait pas toujours, mais que le lecteur goûtait quand il les avait revêtus du charme de son esprit et de son style. Cette causerie, elle a duré une cinquantaine d'années sans lasser personne; et quand l'aimable conteur s'est trouvé, par une cruelle maladie, complètement séparé du milieu où il avait coutume de butiner, de quêter ce miel dont parle la poésie antique, il a fait de suprêmes efforts pour en recueillir encore dans sa solitude.

Messieurs, je ne suis pas entièrement juste envers Amédée Latour. C'était, il est vrai, sa vocation d'être un lettré. Les vocations, comme le *naturel*, ne se séparent jamais de nous; elles font sentir, pendant toute l'existence, leur tyrannie à ceux qui leur ont résisté; elles conduisent souvent ceux qui leur obéissent dans les directions les moins profitables; mais alors le bénéfice est pour la société, qui sauve et utilise une force intellectuelle. Je crois donc que la médecine a gagné au parti définitivement pris par A. Latour; mais je ne veux pas dire qu'il soit resté étranger à la science proprement dite. Dans de nombreux articles de l'*Union médicale*, il a jugé sainement des questions de pratique ou de théorie; il avait fréquenté les auteurs anciens; il avait sur les doctrines médicales, sur les bases de la pathologie et de la thérapeutique, des opinions fermes dont il a même déposé l'expression dans une préface écrite pour l'ouvrage d'un de nos distingués confrères; il a publié sur l'hygiène des pages très sensées; il a exposé, à propos d'un mode de traitement de la phthisie, des considérations étiologiques qui laissent deviner les tendances auxquelles il se serait livré dans la pratique, comme à un souffle de son pays natal; il nous a enfin conservé les belles leçons professées, vers 1836, par Andral, à la Faculté de médecine. Et ce ne sont pas là encore tous ses travaux scientifiques.

L'Académie sentira donc à plus d'un titre, cher collègue, le vide que vous laissez dans ses rangs. Elle sait ce qu'elle perd en vous de savoir, de talent et de distinction; elle n'oubliera pas l'aménité de vos relations; elle n'oubliera pas enfin que cette haute situation de publiciste qui vous avait ouvert ses portes, vous l'avez fait tourner à son profit par le crédit attaché à

vos appréciations critiques et à l'autorité de la feuille que vous dirigiez avec tant de succès. Adieu, Latour, adieu !

Après cette allocution, M. le docteur Achille CHEREAU, un de ceux qui l'ont le mieux connu et qui l'ont le plus aimé, parlant au nom de l'Association générale des médecins de France, a lu d'une voix pleine d'émotion les lignes suivantes :

Messieurs,

Je viens, au nom de l'Association générale des médecins de France, dire le dernier adieu à l'homme excellent qui n'est plus, au confrère bienveillant, affectueux, inaccessible à la haine, qui a pu avoir des indifférents parmi ceux qui l'ont peu ou point connu, mais qui n'a jamais eu, qui n'a pas pu avoir de véritables ennemis; à l'écrivain sans rival dans notre profession, qui, pendant près d'un quart de siècle, a tenu haut et ferme le drapeau du journalisme médical français, et qui, sans compter, a jeté à profusion, dans des feuilles volantes, les trésors d'une fine littérature et d'une douce philosophie; enfin, au glorieux fondateur de l'*Association générale des médecins de France.*

J'ai nommé Amédée Latour.

En ce triste moment, devant cette tombe qui va se fermer pour toujours, c'est l'heure des regrets et des larmes; ce n'est pas l'heure de l'histoire, qui a besoin de calme et de recueillement pour prononcer ses arrêts.

Mais il est permis de deviner ce que diront les biographes à venir. Ils étudieront notre éminent confrère sous le triple rapport du journaliste, de l'écrivain et du philosophe; ils le verront organiser les grandes et remarquables assises médicales de 1845 ; ils le suivront dans le laborieux, mais sain et sauf enfantement de l'Association générale des médecins; ils le jugeront dans les doctrines médicales et philosophiques qu'il a professées et défendues toute sa vie, protestant contre des tendances qu'il croyait, de très bonne foi, néfastes à l'art, proclamant un vitalisme mitigé, qui n'a rien de bien effrayant, se posant non comme sectaire mais comme correcteur d'idées, qu'il jugeait, à tort ou à raison, comme n'étant pas l'expression de la vérité.

Oui, pendant près de cinquante ans, Amédée Latour a tenu la plume dans la Presse médicale. Rédacteur en chef du *Journal hebdomadaire*, de la *Presse médicale*, de la *Gazette des médecins praticiens*, de l'*Union médicale*, il s'est toujours montré à la hauteur de la mission qui était confiée à son talent, à son patriotisme professionnel. Il aimait notre art; il aimait ceux qui l'exercent avec honneur et dignité, et l'on peut dire, sans crainte d'être démenti, qu'il fut le champion le plus vaillant, le plus hardi et le plus éloquent des intérêts professionnels. Il savait, du reste, qu'à part quelques rares et malheureuses défaillances, le corps médical, par son abnégation, par des services rendus tous les jours à la Société, services si souvent méconnus ou bien vite oubliés, méritait bien de la patrie, et qu'en défendant les médecins il défendait le droit et la justice.

Il aimait aussi l'Académie de médecine, qui l'avait admis dans son sein; il l'aimait presque avec cette tendresse qu'un enfant bien né a pour sa mère, et il est mort avec le légitime orgueil d'avoir été utile à cette Compagnie, en défendant toujours ses intérêts, sa dignité, en applaudissant à l'influence toujours croissante qu'elle prend dans le monde savant, et en la critiquant, sans fiel comme sans faiblesse, dans des actes qui lui paraissaient attentatoires à son autorité.

Amédée Latour était timide. Au milieu d'un cercle d'amis, il s'abandonnait aisément aux élans d'une brillante et généreusee imagination, et dans le comité de l'*Union médicale*, dont il était naturellement le secrétaire général, personne n'eût pu, aussi bien que lui, opérer le dépouillement de la correspondance, analyser les travaux envoyés, en faire ressortir les qualités ou les imperfections; c'était une merveille de lucidité, de clarté. Mais, devant une assemblée, où il pouvait craindre que toutes les âmes ne lui étaient pas sympathiques, notre ami perdait toutes ses qualités; il se troublait, le cœur lui battait fort; et, plusieurs fois, à la suite d'une séance académique, il me dit tout bas à l'oreille : « Quelles bonnes et utiles choses j'eusse pu dire là-dessus, mais je n'ai pas osé... » C'était un peu l'histoire de Jean-Jacques Rousseau (présenté à Louis XV, qui le félicitait sur son *Devin du village*), rougissant jusqu'aux oreilles, ne sachant que répondre au monarque, et, cinq minutes après s'écriant : « Tiens !... j'aurais dû répondre cela... »

Mais Amédée Latour se rattrapait avec sa plume, et ses appréciations des séances de l'Académie de médecine, appréciations qu'il gardait toujours pour le rédacteur en chef, sont trop présentes à la mémoire de tous, pour que nous en fassions ressortir le côté limpide et saisissant de vérité.

Comme médecin-écrivain, disons-le hardiment, Messieurs, Amédée Latour n'a pas eu de

prédécesseur et n'aura que de pâles imitateurs. Son talent, en effet, il le tenait de sa nature même, de sa constitution, de sa cellule nerveuse, comme on dirait à l'Ecole, et jamais cet axiome de Buffon : *Le style c'est l'homme*, ne fut plus applicable. Ce talent, il le puisait aussi dans une qualité plus rare qu'on ne le croit : La *simplicité jointe au naturel*... Notre regretté confrère n'écrivait pas, il *causait;* il ne peignait pas, il dessinait. Dans les milliers de *Causeries* qui feraient, réunies, de gros volumes, on relèverait une foule de petits chefs-d'œuvre que signeraient nos plus grands artistes dans l'art d'écrire. Ici, c'est *Jean Raymond*, jeune, vaillant jusqu'à la témérité, mais jamais méchant, jamais haineux, piquant quelquefois, ne déchirant jamais, qui, dans la *Gazette des hôpitaux*, a émerveillé toute une génération par ses *Causeries hebdomadaires*; ce sont de véritables bijoux que ces *feuilletons* perdus dans les entrailles d'un journal, et qui, nous l'espérons bien, seront réunis, et brilleront du même éclat après plus de trente ans d'ensevelissement.

Ecoutez, Messieurs, *Jean Raymond* parlant à ses lecteurs, et leur disant la manière dont il va les critiquer. Ces lignes datent du 22 août 1843. Le feuilleton tout entier mériterait d'être reproduit. En voici quelques fragments :

« Si je me suis engagé à vous distraire une fois par semaine, je veux toujours le faire sans « haine, sans méchanceté envers le plus petit comme envers le plus haut placé de mes con« frères. Je dirai même, et cela résulte probablement de mon tempérament, que je ne com« prends pas la haine, cet odieux sentiment, cette colère chronique, avec laquelle, phéno« mène pour moi inexplicable, certaines gens peuvent vivre gras et frais. Ne confondez pas, « comme quelques personnes le font trop souvent, la haine et la méchanceté, qui sont des « exceptions dans la nature morale de l'homme, avec ce penchant universel à fronder les « ridicules, à rire des sottises, à faire ressortir, avec un peu de malice, ce qu'il y a d'excen« trique et de plaisant dans la société qui nous entoure. Le petit rire moqueur et bonhomme « ne blesse et ne tue personne; les gens d'esprit en rient tous les premiers..... Depuis long« temps j'ai reconnu qu'on devient fou ou horriblement égoïste, ou fripon, lorsqu'on n'étudie « que le côté sérieux et triste des évènements de ce monde, lorsqu'on veut, surtout, connaître « le mobile secret des actions humaines, je dis des plus généreuses en apparence. Peu dési« reux d'arriver à l'un ou à l'autre de ces résultats, je tempère l'austérité de l'étude morale « de l'homme par la contemplation, et quelquefois par le récit de ses petites passions et de « ses ridicules. Je m'en trouve très bien : pour ma santé d'abord, qui n'est pas fréquentée par « l'atrabile, comme j'en connais; pour mes relations sociales ensuite, dans lesquelles je n'ap« porte pas un front chargé de nuages, un œil scrutateur et méfiant, une réserve froide et « ombrageuse, mais indulgence et abandon, plaisanterie douce pour le ridicule, insouciance « parfaite pour toutes les questions intentionnelles... Et d'ailleurs,

.... Ridentem dicere verum
Quid vetat?

« a dit Horace? Ne suis-je pas à la lettre le conseil de La Bruyère? — « Ne hasardez « pas la plaisanterie que devant des gens d'esprit... » Le flambeau de la critique doit « éclairer et non brûler... Il n'y a que les gens d'esprit qui se critiquent; les sots « s'admirent... »

Encore quelques années, et *Jean Raymond* arrive à la maturité, et décline peu à peu vers la vieillesse. Il devient alors le *Docteur Simplice*, le doux et naïf *Docteur Simplice*... Ah! dame! Le cœur n'est pas aussi chaud ; bien des illusions ont été perdues; les belles et riantes journées du printemps et de l'été ont été remplacées par les nuages et les frimas ; la main a un peu tremblé, la plume a vieilli comme le reste... Mais, que de grâces, que de charmes encore, dans les *Causeries* de ce bon docteur !

Et si vous saviez, Messieurs, la facilité, l'aisance avec lesquelles Amédée Latour les écrivait !... Je le vois encore, l'hiver, dans son cabinet de travail, à Paris, assis devant un bon feu, ou l'été, dans son joli petit jardin de Châtillon, au milieu des fleurs qu'il aimait tant : un jeune apprenti typographe est là qui attend le feuilleton, lequel, dans quelques heures, devra être composé, et lancé le lendemain matin dans tous les coins de la France. Confiant dans son talent, notre ami a paressé; selon son habitude, il a attendu au dernier moment... Il est si bon de tisonner tout en rêvant ! Les senteurs des roses sont si suaves et si enivrantes!... Mais enfin, il faut se résigner... Et voilà le *Docteur Simplice*, avec une feuille de papier sur ses genoux, écrivant, écrivant, d'un seul jet, sans quitter la plume ou le crayon, à côté d'un ami qui cause, d'une voisine qui jacasse. Il y a peu ou point de ratures : la *Causerie* est prête juste pour le dernier moment. Et cette *Causerie* est le plus souvent une perle; c'est, pour n'en citer que deux : *Le Béranger hygiéniste et nosographe; La littérature et la poésie du microscope et du cancer*.

On a reproché à Amédée Latour des tendances vers l'épicurisme et vers les jouissances matérielles de la vie. Nous avons souvent causé ensemble de ce point de philosophie, et l'on peut assurer que son épicurisme était fort acceptable des gens de bien. Il croyait, en effet, comme le grand philosophe de l'antiquité, volontairement et malignement dénaturé par les stoïciens, que la Providence, toujours calme, toujours bonne, loin d'épier les moindres faiblesses des hommes pour les punir cruellement, jetait sur eux des regards satisfaits et souriait à leur bonheur; qu'elle voulait qu'on embellît de fleurs la route qu'elle avait tracée ; que le plaisir devînt la récompense de la sagesse; que l'homme pouvait user de ses facultés, mais non en abuser; que la volupté était admissible, mais à la condition de savoir vivre de peu, précisément pour satisfaire aisément ses besoins. Et notre ami a suivi toute sa vie cette consolante et honnête philosophie. Il savait jouir, mais jouir avec peu, et une simple soupe aux choux, habilement préparée, et offerte par une main amie, valait mieux, pour lui, que les mets les plus succulents, — pourvu, toutefois, que cette même soupe fût agrémentée d'un ou deux verres de ces merveilleux vins, qui ne contribuent pas peu à la richesse et à la vaillance de notre vieille et impérissable Gaule.

Mais, Messieurs, le plus beau titre d'Amédée Latour au respect et au souvenir de la postérité, c'est la fondation de l'*Association générale des médecins de France*. C'est son œuvre à lui, son œuvre presque toute entière, à laquelle il a consacré les plus belles années de sa vie, les ressources de son immense talent, et les trésors inépuisables de ses aspirations du côté des intérêts professionnels. Grâce à lui et aux hommes éminents qui l'ont aidé dans cette tâche ardue, les médecins français — à part quelques esprits chagrins, peu clairvoyants, ou égoïstes — sont réunis aujourd'hui en Société pour s'entr'aider mutuellement, secourir les affligés, et assurer contre la misère et la famine, des confrères, que les hasards de la Fortune, des malheurs inattendus et immérités, ont jeté brutalement dans l'impossibilité de pourvoir au *pabulum vitæ*. J'en appelle à ceux qui ont été appelés à apporter, avec le fondateur, leurs concours à l'œuvre : ils diront ce qu'il a fallu d'énergie, de temps, d'éloquence persuasive à Latour pour amener l'œuvre au point où elle en est, et pour l'asseoir sur un piédestal solide et durable. Rappelez-vous ces séances annuelles tenues à Paris, et où le Comité central vient rendre compte aux délégués envoyés des diverses provinces des résultats de l'Association. Voyez le silence qui se fait lorsque le Secrétaire général commence la lecture de son Rapport. C'est que l'on sait que ce secrétaire général est le causeur aimable auquel on est habitué de longue date; c'est qu'on est certain qu'il va encore charmer son auditoire par la lecture de pages que lui seul sait écrire comme cela : mélange étonnant de choses sérieuses, de bonhomie charmante, de traits fins et délicats, et d'anecdotes placées à point. Eh bien, ce que l'on ignore généralement, c'est qu'Amédée Latour n'abordait jamais cette tribune et ne se présentait devant un auditoire, pourtant sympathique, sans trembler quelque peu, tant était impressionnable cette nature émotive, ce paquet de nerfs, nullement fait pour la lutte, mais créé pour l'affection et le sentiment.

Aussi a-t-il eu à souffrir, plus que tout autre, d'attaques injustes et malveillantes, dont il fut la victime, et au milieu desquelles, dans une occasion qu'il est inutile de rappeler, il perdit le modeste avoir qu'il avait amassé par son travail, ainsi que son repos et même sa liberté : déboires qu'attendent presque toujours ceux qui, lancés dans la lutte incessante du journalisme, ne pactisent jamais avec le mal, prennent toujours pour guide leur conscience, et démasquent les défaillances, le vice, partout où ils le rencontrent.

Le bagage scientifique de Latour n'est pas fort considérable, si l'on entend par là la publication de livres plus ou moins volumineux. Nous ne connaissons guère de lui qu'un *Cours de pathologie interne* d'Andral, dont la rédaction lui est due toute entière, et qui fut donné au public en 1836; un livre sur le *Traitement préservatif et curatif de la phthisie pulmonaire* (1840); une *Note sur quelques accidents nerveux non décrits, guéris par l'emploi de la poudre de valériane; un Mémoire sur la difficulté du diagnostic de quelques formes de fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde*; un autre *Mémoire sur l'impuissance virile pour cause nerveuse*; un *Nouveau moyen de remplacer la percussion dans les cas où elle est impraticable*.

L'œuvre toute entière de notre ami est enfouie dans les journaux de médecine que le maître a dirigés. Elle est immense, et l'on ne peut évaluer à moins de 2,500 les feuilletons qui sont tombés de cette plume extraordinairement féconde; sans compter les articles de fonds, les comptes rendus des sociétés savantes, les critiques bibliographiques, etc. On ferait de tout cela une petite bibliothèque...

Amédée Latour était né à Toulouse, le 12 juin 1805. J'émets ici un vœu : c'est que ses concitoyens, vigilants gardiens de leurs illustrations nationales, consacrent à sa mémoire un petit monument bien simple, bien modeste, pourvu que les roses s'épanouissent tout autour. Ce sont les fleurs que notre ami a le plus aimées.

L'Union Médicale, représentée par son nouveau rédacteur en chef, a voulu, elle aussi, adresser un dernier adieu à l'un de ses fondateurs. M. le Dr L.-G. Richelot s'est exprimé en ces termes :

Messieurs,

Parmi ceux qui ont aujourd'hui le douloureux devoir de rendre un dernier hommage à Amédée Latour, je ne suis pas le plus autorisé à prendre la parole, car je ne l'ai pas vu au début de sa carrière, je n'ai pas assisté aux efforts si courageux et si légitimement récompensés qui ont marqué sa place au premier rang dans le journalisme scientifique et dans l'Association générale des médecins de France. Une autre voix amie vous a rappelé la part glorieuse qu'il a prise à la fondation de cette œuvre bienfaisante; pour moi, c'est au nom du journal qu'il a fondé avec mon père, et aux destinées duquel il a si longtemps présidé, que je viens vous entretenir un instant et m'associer publiquement à vos regrets. Je l'ai connu et j'ai su l'apprécier à une époque où l'Union Médicale était depuis longtemps prospère; j'ai pu comprendre alors, dès l'origine de mes études, quelle finesse de jugement, quelle connaissance réelle des hommes et des choses avaient fait de lui, dans une certaine direction, un maître et un exemple suivi par les plus sages. Ceux-là même qui n'ont pas toujours partagé ses opinions ni écouté aveuglément ses conseils, ont dû cependant rendre justice à cette philosophie bienveillante et tempérée, non dépourvue de scepticisme, mais sachant à l'occasion ne pas résister aux émotions naïves. Pendant de longues années, ses *Causeries* du samedi, aujourd'hui encore sans rivales sinon sans imitateurs pleins de zèle et de confiance dans l'avenir, vous ont tenu sous le charme d'une plume alerte et spirituelle, touchant avec délicatesse les sujets les plus graves. Il a su, mieux que personne, faire revivre le passé et nous présenter sous de vives couleurs les impressions de sa jeunesse. Tout récemment encore, il évoquait devant nous les maîtres de l'âge précédent, et nous rappelait dans un style plein d'animation les luttes oratoires de notre vieille Faculté.

Amédée Latour nous laisse le souvenir d'un homme qui, avant tout amoureux de la clinique et de la tradition, acceptait sans aigreur les idées nouvelles d'une science rajeunie; qui, profondément attaché aux doctrines de toute sa vie, discutait avec courtoisie les opinions les moins faites pour le séduire; qui enfin, pendant une longue carrière, a su maintenir le journalisme scientifique dans une voie saine et droite, et n'a jamais souffert qu'il descendît jusqu'à oublier sa véritable mission. Ce souvenir, Messieurs, doit être pour nous un exemple, et adoucir en présence de cette tombe la grandeur de nos regrets.

CLINIQUE MÉDICALE

CHUTE SPONTANÉE DES ONGLES CHEZ UN ATAXIQUE;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 mai 1882,

Par le docteur Roques, médecin du Bureau central.

Je viens vous communiquer une observation d'*ataxie* avec *chute des ongles*. Ces lésions unguéales sont peu connues jusqu'ici : j'ai pensé qu'un fait de ce genre ne serait pas dénué d'intérêt.

Voici d'abord, brièvement résumée, l'observation qui est intéressante aussi à cause de certaines particularités symptomatiques sur lesquelles j'appelle votre attention :

Le nommé T... (Charles), âgé de 45 ans, domestique, entre dans mon service (Hôtel-Dieu annexe) au mois de février 1882.

Il se plaint depuis un an, dans le côté gauche et le bras gauche, de douleurs continues avec exacerbations peu intenses, n'ayant qu'une faible analogie avec les douleurs appelées crises fulgurantes. Quelque temps plus tard, il se plaignait de douleurs de vessie, d'envies fréquentes d'uriner, de dysurie à laquelle s'ajoutait parfois une sensation de pesanteur à l'anus, de véritable ténesme au moment de la défécation; vers cette époque, apparurent des troubles de la vue sur lesquels nous insisterons bientôt.

Etat actuel : Le malade se plaint toujours d'une douleur précordiale, avec irradiations vers l'épaule et le bras gauche, intéressant surtout la sphère du cubital; le petit doigt et l'annulaire sont parfois le siège de fourmillements ou de douleurs lancinantes très vives. Ces irradiations spéciales sont fréquentes, comme on sait, dans l'angine de poitrine; mais outre qu'ici

les crises douloureuses ne sont pas intermittentes et ne provoquent pas une sensation de terreur et d'angoisse, comme dans cette dernière, nous n'avons rien trouvé ni au cœur, ni à l'aorte qui puisse en donner l'explication. La douleur névralgique, affectant le cubital, a été signalée dans quelques cas d'ataxie.

Aux *membres inférieurs*, nous notons l'anesthésie plantaire avec les phénomènes subjectifs qu'elle provoque; l'anesthésie des divers segments des membres, mais irrégulièrement disséminée : ici peu marquée, là complète, toujours plus accentuée à gauche; la diminution très appréciable de la sensibilité thermique; la suppression des *réflexes* rotuliens et plantaires à gauche, leur diminution à droite.

Les *troubles de la vue* sont évidents : l'œil gauche se fatigue beaucoup plus vite que l'œil droit; la pupille gauche est dilatée; la vision est indistincte de ce côté; les objets paraissent cachés par un brouillard; il n'y a ni strabisme, ni diplopie. L'examen ophthalmoscopique n'a pu être fait.

Dans le décubitus dorsal, les mouvements des membres supérieurs et inférieurs s'exécutent avec force et précision, même quand les yeux sont fermés. La démarche est un peu incertaine, ce qui tient sans doute à l'anesthésie plantaire; la plante du pied traîne un peu sur le sol, mais le pied n'est pas soulevé brusquement, n'est pas déjeté en dehors, le talon ne retombe pas brusquement; en un mot, rien de la démarche de l'ataxique; j'ajoute que l'occlusion des yeux ne modifie pas la marche et ne paraît pas troubler l'équilibre du malade dans la station debout.

Il est clair que les signes considérés autrefois comme capitaux, et sur lesquels on se basait pour diagnostiquer l'ataxie font absolument défaut. Ainsi, les crises fulgurantes des membres inférieurs, l'incoordination motrice, le signe de Romberg, la démarche spéciale de l'ataxique, manquent dans le cas qui nous occupe.

Néanmoins, les douleurs et les anesthésies; les douleurs viscérales qui se sont traduites, pendant un certain temps, par de la dysurie et du ténesme anal; les troubles de la vue; enfin, et surtout, la suppression du réflexe rotulien, me paraissent suffisants pour faire reconnaître l'ataxie; mais une ataxie fruste, à début irrégulier, à forme anormale.

Cela posé, voici la lésion curieuse sur laquelle je désire appeler votre attention; elle a pour siège les deux gros orteils.

L'angle du gros orteil gauche offre une couleur violet foncé, surtout vers la base; cette coloration est manifestement due à une ecchymose subunguéale; le gros orteil a l'aspect d'une extrémité digitale qui aurait été le siège d'un traumatisme. La couleur violacée, plus marquée à la base de l'ongle, s'étend vers le rebord cutané qui recouvre sa matrice. En un point, vers le bord externe, l'ongle commence à se détacher; une traction peu intense suffirait pour l'arracher; sa chute est évidemment prochaine. Les mêmes lésions existent au gros orteil droit, mais moins prononcées.

Cette lésion de l'ongle s'est développée spontanément. Le malade affirme n'avoir subi aucun traumatisme; il n'a pas été exposé à un froid intense, ce qui permet d'éloigner toute idée de congélation; celle-ci, d'ailleurs, produit des lésions spéciales bien distinctes de ce que nous observons. On ne peut même pas invoquer ici, d'après le malade, l'action d'une chaussure trop étroite.

Au début, sans cause connue, il éprouva du fourmillement dans les orteils, une sensation d'onglée toute spéciale; il pratiqua quelques frictions avec l'alcool camphré, et, au bout de trois ou quatre jours, il s'aperçut que l'ongle prenait une couleur noirâtre qui s'accentuait de plus en plus.

Les faits de ce genre sont encore peu nombreux; on n'en trouve pas dans les ouvrages classiques et dans les mémoires spéciaux qui s'occupent des lésions trophiques de l'ataxie. La première mention en est faite dans la thèse d'agrégation d'Arloing; il s'agit d'un cas publié par Joffroy dans les *Archives de physiologie* (janvier 1882). Un mois plus tard, Pitres, de Bordeaux, publie deux cas semblables dans le *Progrès médical*. La plus grande analogie existe entre ces trois cas et celui que je présente, au point de vue de la nature de la lésion unguéale et de sa spontanéité; mais, dans les trois premiers cas, la marche a été plus rapide; en moins de trois semaines, la formation de l'ecchymose et la chute de l'ongle étaient suivies de la reproduction d'un ongle nouveau. Dans le cas qui nous occupe, voilà plus de

trois mois que l'ecchymose existe; l'ongle n'est pas détaché. Enfin, dans les trois premières observations, l'ataxie était manifeste, confirmée : les crises fulgurantes, l'incoordination, les lésions trophiques étaient évidentes; dans celle-ci, l'ataxie est à son début; c'est une ataxie fruste, anormale et dont le principal symptôme est la suppression des réflexes rotuliens.

L'explication pathogénique de ces lésions unguéales est encore à trouver. Straus a publié quatre ou cinq faits d'ecchymoses cutanées consécutives aux crises fulgurantes de l'ataxie. Joffroy n'est pas éloigné de penser que l'ecchymose sous-unguéale doit être attribuée à une cause analogue. Je ferai remarquer que, dans le cas que je présente, les membres inférieurs n'ont jamais été le siège de douleurs fulgurantes; tout au plus si le malade accusait, de temps à autre, quelques fourmillements dans les doigts des pieds. Quoi qu'il en soit, d'après l'hypothèse émise par Joffroy, la lésion nerveuse centrale ou périphérique provoquerait des troubles vaso-moteurs plus marqués peut-être dans le voisinage de la région unguéale, à cause de la richesse vasculaire des tissus qui entourent la base de l'ongle; il en résulterait des ruptures des capillaires et une ecchymose qui entraînerait fatalement à sa suite la chute de l'ongle.

Quoique la lésion ait toutes les apparences de la spontanéité, on peut se demander si le traumatisme n'est pas pour une part dans sa production. Notre malade a une anesthésie de la région plantaire et dorsale des orteils; nous avons pu nous en assurer plusieurs fois par le procédé du pincement et de la piqûre à l'aide d'une épingle. Cela étant, ne serait-il pas possible qu'une marche un peu longue avec une chaussure un peu étroite et dure, ait produit un traumatisme des deux gros orteils, sans que le malade en ait eu conscience, et que l'ecchymose subunguéale se soit développée sans accompagnement de douleur?

J'ai l'observation d'un individu qui, pendant une longue marche, ressentit une douleur vive au gros orteil droit; il l'attribua avec raison à la constriction opérée par la chaussure. Quelques jours après, l'ongle prenait une coloration noirâtre; après plusieurs semaines, il se détachait et était remplacé par un ongle de nouvelle formation. Pourquoi cette lésion qui s'est produite chez un individu bien portant, non ataxique d'ailleurs, ne se produirait-elle pas, à plus forte raison, chez un sujet dont les orteils sont anesthésiés et qui, n'étant pas averti par la douleur, ne se défend qu'incomplètement contre les causes traumatiques?

BIBLIOTHÈQUE

MALADIES PAR RALENTISSEMENT DE LA NUTRITION, par Ch. BOUCHARD. Paris; F. Savy, 1881.

Nous ne craignons pas de dire que ce livre fera époque dans la littérature médicale. Il semblait que dans ces derniers temps l'attention se fut détournée des études de pathologie générale; toute discussion doctrinale avait cessé; la recherche de faits nouveaux dans les laboratoires concentrait tous les efforts des travailleurs, et l'on se contentait de les enregistrer. Le livre de M. Bouchard vient montrer combien il est nécessaire de condenser ces faits isolés et de formuler les lois qui les régissent; il montre également quels enseignements renferment les doctrines anciennes pour qui sait les comprendre.

L'auteur aurait pu donner pour titre à son ouvrage la *diathèse arthritique*. Il démontre par la statistique qu'un certain nombre d'affections, considérées comme étrangères les unes aux autres par beaucoup de médecins, offrent des liens d'étroite parenté, et qu'elles se développent simultanément, ou tour à tour, chez le même individu ou chez ses parents; tels sont la lithiase biliaire et urinaire, le diabète, l'asthme nerveux, l'eczéma, le pityriasis, la migraine, l'obésité, la goutte et le rhumatisme. Il s'attache ensuite à établir que la disposition qui les engendre, la diathèse, est étroitement liée à un *retard de la nutrition*.

Il y a nutrition retardante :

1° Quand, après l'ingestion d'une quantité déterminée d'aliments, l'organisme met un temps plus considérable qu'à l'état normal pour revenir à son poids primitif;

2° Quand la ration d'entretien peut être plus faible que la normale;

3° Quand le poids du corps augmente avec la ration normale;

4° Quand, avec la ration d'entretien, la quantité des excréta est moindre que la normale ;

5° Quand, pendant l'abstinence, la diminution du poids du corps est moindre que normalement ;

6° Quand, pendant l'abstinence, la quantité des excréta est moindre que normalement ;

7° Quand on voit apparaître dans les excreta des produits incomplètement élaborés, l'acide urique, l'acide oxalique, les autres acides organiques, les acides gras volatils.

8° Quand il s'accumule dans le corps un ou plusieurs principes immédiats, l'alimentation étant d'ailleurs normale ;

9° Quand il y a, plus qu'à l'état normal, un abaissement de la température du corps pendant le repos et l'abstinence et particulièrement pendant le sommeil.

Ces neuf caractères peuvent rarement être constatés tous ensemble ; il suffit qu'un seul soit nettement établi ; M. Bouchard a montré qu'on les rencontre isolément ou simultanément dans les affections dites arthritiques. Si, dans chacune d'elles, un principe immédiat est plus particulièrement soustrait à la destruction, les autres principes immédiats, à des degrés divers, subissent également un arrêt ou un ralentissement dans leurs transformations distinctives. « De là l'explication naturelle de cette loi, déduite de l'observation clinique, qu'à chaque maladie caractérisée par l'insuffisante élaboration d'un principe immédiat, s'associent presque fatalement chez l'individu et dans sa famille les maladies caractérisées par l'accumulation des autres principes immédiats. » C'est ainsi que l'on voit coïncider si fréquemment la lithiase biliaire, l'obésité, le diabète, la gravelle et la goutte. Nous dirons en terminant, avec M. Bouchard, que ces conceptions ne sont pas oiseuses, et qu'il n'y pas de pratique médicale sans doctrine. « La doctrine permet de choisir parmi les indications innombrables et confuses de l'empirisme ; elle simplifie et éclaire la thérapeutique ; elle guide la prophylaxie sous la réserve de la vérification et du contrôle de l'expérience. » F. H. H.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire manuscrit de M. Brodier (de Bazancourt) sur une épidémie de scarlatine.

2° Une lettre de M. Louis Mond, qui revendique la découverte de l'emploi des injections de pilocarpine dans le traitement de la rage.

—

M. Bouley demande l'insertion au procès-verbal d'une note de M. Jaccoud qui rappelle que, dans son *Traité de pathologie interne*, édition de 1871, il a indiqué d'après les auteurs allemands la région bulbo-méso-céphalique comme siège du virus rabique. Cette maladie est décrite en Allemagne sous le nom de dermo-pneumo-tétanos.

—

M. Bouley présente, de la part de MM. Malet et Labat, une note sur le traitement de la rage du chien par les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, dont voici les conclusions :

1° La pilocarpine a été inefficace contre la rage confirmée chez deux chiens.

2° Une dose de cet alcaloïde, inoffensive pour des animaux bien portants, a été toxique pour l'un des deux chiens.

3° La pilocarpine a fait cesser les accès furieux du second chien et a provoqué un état de torpeur des plus marqués sans que la marche de la maladie ait été enrayée.

—

M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Amédée Latour, et invite M. Dechambre à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de l'Académie. (Voyez plus haut, au *Bulletin*.)

—

M. Ball lit un travail sur *un cas remarquable de crétinisme sporadique et non héréditaire* qu'il a observé à Sainte-Anne.

Il s'agit d'un homme de 34 ans dont les organes génitaux sont complètement développés, mais dont la taille et l'aspect extérieurs sont ceux d'un enfant. Son père et sa mère n'ont pas cessé de se bien porter. Trois de leurs enfants sont morts de convulsions dans le premier âge. Lui-même eut un développement régulier jusqu'à l'âge de 11 mois ; à la suite de

mauvais traitements de la part de sa nourrice et d'inanition, il fut pris à son tour de fortes convulsions qui ont duré presque sans interruption pendant trois mois. Enfin la maladie a cessé, mais l'évolution du jeune enfant en avait reçu un choc définitif.

La taille est d'un mètre 103 millimètres. La dentition est restée incomplète. Il n'est pas tout à fait idiot; il comprend bien ce qu'on lui dit, mais il éprouve beaucoup de difficulté à s'exprimer. Il n'a pu apprendre à lire. Il connaît les personnes qui l'entourent et sait apprécier les bons et les mauvais procédés. Il paraît doué d'un certain degré de mémoire. Son caractère est doux et paisible. Il aime beaucoup sa mère. Il s'amuse comme un enfant. Malgré le développement des organes génitaux, il ne paraît avoir aucun vestige de l'instinct génital. Le visage est imberbe, la peau terreuse et ridée; figure sans expression, nez aplati, bouche largement fendue, lèvres tuméfiées, lèvre inférieure pendante. Tête grosse, irrégulière, front fuyant, diamètre antéro-postérieur rétréci, fontanelles ossifiées. Taille très courbée. Ventre proéminent, mais poitrine normale et bras bien faits. Mains petites, doigts courts. Comme infirmité, on ne trouve que des hémorrhoïdes externes. Appétit excellent, sommeil bon. Les sens spéciaux et la sensibilité générale ne laissent rien à désirer.

L'arrêt de développement a été provoqué par une maladie cérébrale qui s'est traduite par des convulsions prolongées. Il s'agit incontestablement d'un cas de crétinisme sporadique sans intervention de l'hérédité. Sur un terrain propice, le crétinisme s'est développé à la suite de mauvais traitements, qui peut-être sur un sujet mieux disposé n'auraient pas eu les mêmes conséquences.

Le sujet paraît capable d'un certain degré de culture intellectuelle et a déjà profité des leçons qu'il a reçues à la clinique. D'ailleurs, selon les remarques d'un auteur anglais, les idiots des villes sont beaucoup moins dégradés, au point de vue physiologique, que ceux des campagnes.

—

M. Germain Sée fait une communication sur un nouveau médicament cardiaque, sur le *Convallaria maïalis*

Le muguet, dit M. Sée, était connu de temps immémorial chez les paysans russes, comme un moyen certain de guérir l'hydropisie. En 1850, deux médecins russes en firent l'objet d'expériences qui restèrent inédites, mais dont les conclusions furent conservées. Ces expériences avaient été faites sous la direction du professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg), ce qui engagea M. Sée à entreprendre une série de recherches sur ce médicament.

Le résultat de ces recherches est que le Convallaria maïalis ou muguet constitue un médicament cardiaque des plus importants. Sous la forme d'extrait aqueux de la plante totale, administré à la dose de 1 gramme à 1 gramme et demi par jour, il produit sur le cœur, les vaisseaux et la respiration, des effets constants et constamment favorables, à savoir : le ralentissement des battements du cœur, souvent avec rétablissement du rhythme normal; d'une autre part, l'augmentation de l'énergie du cœur, ainsi que de la pression artérielle avec régularisation des battements artériels exagérés; de plus, le pouvoir respiratoire acquiert plus de force inspiratoire et les sensations du besoin de respirer sont moins impérieuses et moins pénibles. L'effet le plus puissant, le plus constant, le plus utile, c'est l'action diurétique.

Les indications sont toutes les affections du cœur. Le médicament est d'ailleurs sans effet fâcheux sur le système cérébro-spinal et sur les organes digestifs. A ce point de vue, il est supérieur à la digitale. Pour combattre les dyspnées cardiaques, il est inférieur à la morphine et surtout à l'iode.

FORMULAIRE

De la quinoïdine contre les fièvres intermittentes. — Burdel.

La quinoïdine, d'un prix relativement minime, est efficace dans les fièvres intermittentes telluriques, à formes bénignes ou à formes chroniques. C'est spécialement dans les fièvres quartes et dans la cachexie tellurique, que, comme le quinium, la quinoïdine possède une action fébrifuge marquée, plus énergique même que la quinine. Elle doit être administrée non-seulement à hautes doses, mais encore, pour éviter les récidives, il est indispensable d'en continuer l'usage pendant 4 et 5 semaines, à doses espacées. On l'avale autant que possible au moment des repas, soit en pilules, soit en dragées, soit en poudre, soit enfin dissoute dans du vin, du café ou une liqueur alcoolique. On la rend soluble, en la triturant avec de l'acide tartrique (0 gr 20 d'acide pour 1 gramme de quinoïdine).

Aux enfants du premier âge, l'auteur la prescrit à la dose de 0 gr 10 centigrammes, dissoute dans du café très sucré. Pour ceux de 2 à 6 ans, la dose est de 0 gr 20 à 0 gr 30 centigrammes;

pour ceux de 7 à 12 ans, elle est de 0 gr 30 à 0 gr 50 centigrammes. Enfin pour l'adulte, la dose varie suivant les sujets de 0 gr 50 centigrammes à 1 gramme. — Ces doses sont généralement prises en une fois, excepté quand elles dépassent 0 gr 60 ou 0 gr 80 centigrammes.

N. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 23 au 29 juin 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 960. — Fièvre typhoïde, 50. — Variole, 8. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 42. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 57. — Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchites aiguës, 18. — Pneumonie, 64. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 42; au sein et mixte, 26; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 82 ; circulatoire, 61; respiratoire, 59; digestif, 61 ; génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 26e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,149 naissances et 960 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,131, 1,105, 1,008, 1,101. Le chiffre de 960 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (50 décès au lieu de 52 pendant la 25e semaine), la Variole (8 au lieu de 22), la Rougeole (22 au lieu de 33), la diphthérie (42 au lieu de 47), l'Érysipèle (5 au lieu de 10) ;

Une aggravation pour la Scarlatine (6 au lieu de 2).

Les décès par Infection puerpérale ont atteint le même chiffre (4), que durant la 25e semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (96 malades reçus du 19 au 25 juin au lieu de 108 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (28 au lieu de 31), et supérieur pour la Variole (51 au lieu de 35).

Pour la première fois depuis le commencement de cette année, le taux de la mortalité générale parisienne est descendu au-dessous de 23 par an et par mille individus. La diminution qui s'est produite d'une semaine à l'autre sur le total des décès a porté principalement sur la Phthisie pulmonaire, sur l'Athrepsie, sur les maladies de l'appareil cérébro-spinal et sur le groupe des affections épidémiques dont la plupart, comme on l'a vu, accusent une atténuation sensible. Les enfants du premier âge ont participé, dans une large proportion, à la décroissance de la mortalité.

Notre dernier bulletin faisait ressortir le faible chiffre des malades admis dans les hôpitaux, du 12 au 18 juin, pour cause de Variole. Nous devons donc ne pas être surpris du petit nombre de décès que cette affection a occasionnés pendant la 26e semaine. Mais en raison de l'accroissement du chiffre des entrées pendant la période qui s'étend du 19 au 25 juin, et du plus grand nombre de cas d'invasion au domicile privé, nous devons craindre que les décès par infection Variolique ne se maintiennent pas à un chiffre aussi bas.

On nous signale surtout de nombreux cas d'invasion dans le quartier Sainte-Marguerite. Une seule maison de la rue de Nice notamment, renfermerait plus de 15 malades. C'est dans des circonstances de cette nature, qu'il faut envier l'organisation du service d'hygiène de Bruxelles, qui permet d'enrayer, dès les premiers jours, la propagation du mal, en allant offrir le vaccin à tous ceux que la Variole menace.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville e Paris.

COURRIER

Un hommage a M. Pasteur. — Les découvertes de M. Pasteur l'ont placé depuis longtemps, dans les rangs les plus élevés de la science moderne. Un comité composé de membres de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société d'agriculture, de la Faculté

des Sciences et de l'École normale supérieure s'est constitué, sous la présence de M. J.-B. Dumas, en vue de lui offrir une médaille.

L'exécution de cette médaille a été confiée à M. Alphée Dubois, et, avant-hier dimanche, 2 juillet, une délégation du comité composée de MM. Dumas, Boussingault, Jamin, Bouley et Daubrée, membres de l'Institut; Bertin, directeur des études à l'École normale; Davaine et Villemin, membres de l'Académie de médecine; Tisserand, directeur de l'agriculture au ministère de l'agriculture et du commerce; Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort et Maindron, secrétaire trésorier, s'est réunie dans le laboratoire de M. Pasteur et s'est rendue près du maître, à qui elle a remis la médaille commémorative des ses féconds travaux.

La Trichinophobie. — Le Sénat a rejeté, par 118 voix contre 114, le projet de loi relat à l'importation de viandes de porc de provenance étrangère.

Si l'on pouvait douter qu'il y a eu au fond de cette question autre chose que du protectionnisme se déguisant en sauveur de la santé publique, les noms des orateurs qui ont pris la parole pour combattre le projet auraient bientôt levé tous les doutes à cet égard. C'est, en effet, par deux représentants des saleurs de l'Ouest, MM. de Lareinty et de Carné que la levée de l'interdiction a été plus vivement attaquée.

C'est en vain que le rapporteur M. Wurtz a maintenu avec la plus grande énergie un fait incontestable qui domine toute la discussion, à savoir : que, durant de nombreuses années, la France a consommé annuellement 90 millions de kilogrammes de salaisons américaines, sans que le moindre accident, sans qu'un seul cas de trichinose ait été constaté, bien que l'attention des médecins fût éveillée sur cette maladie. C'est en vain que l'on a rappelé cet autre fait non moins considérable, que tous les cas de trichinose relevés à l'étranger, ont été causés, non par des salaisons, mais par de la viande fraîche. C'est en vain encore que l'on s'est appuyé sur les avis fortement motivés des deux premiers corps médicaux de la France, l'Académie de médecine et le conseil général d'hygiène, qui tous deux ont conclu à l'innocuité des salaisons. Tout cela n'a servi de rien. Il n'est pire sourd que celui qui ne veut pas entendre, et la *trichinophobie* ressemble à toutes les maladies mentales ; ce n'est pas avec des raisons qu'on la guérit.

Donc, le décret d'interdiction reste en vigueur. Que va faire le gouvernement ? On lui a dit et répété qu'un décret pouvait être rapporté par un simple décret. L'interdiction des salaisons américaines ne saurait, en effet, subsister plus longtemps. Cette interdiction peut être indifférente à MM. les sénateurs, qui ne mangent pas de salaisons. Il n'en est pas de même pour les nombreuses familles ouvrières qui y trouvaient à bon marché un aliment réconfortant. Que les ouvriers mangent du porc français, a-t-on dit. Cela nous rappelle le mot de Marie-Antoinette : « Ils n'ont pas de pain, qu'ils mangent des brioches ! » On oublie que le porc français coûte trois ou quatre fois autant que les salaisons étrangères.

Hôpitaux de paris. — *Prix de l'internat.* — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat aura lieu le vendredi 3 novembre 1882, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fai et lu la composition prescrite, et ceux auquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 8 juillet 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Suite du travail sur la faradisation utérine, par M. Mathelin. — 2° Communication sur la dysménorrhée membraneuse, par M. Lutaud. — 3° Note sur l'histoire de l'insuffisance tricuspide, par M. Duroziez. — 4° Vote sur la candidature au titre de membre correspondant de MM. les docteurs Rougier (de Marseille) et Godleski (de Neuilly).

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT,** agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL,** professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY,** méd. de l'hôpital Lariboisière. — **GRANCHER,** agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU,** agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD,** méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT,** agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT,** sous-bibliothécaire à la Faculté. — **Ch. ELOY,** ancien interne des hôpitaux.

CHIRURGIE

LES TENDANCES ACTUELLES DE LA CHIRURGIE.

Le troisième volume des *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil est terminé. Il est consacré aux rapports du traumatisme et des états constitutionnels en général, de l'alcoolisme et du paludisme en particulier. Du volume lui-même nous avons peu de chose à dire, n'étant que la réimpression de travaux déjà parus. Nous insisterons davantage sur la préface, véritable profession de foi dans laquelle notre éminent maître trace le programme de ses études favorites depuis quinze ans, rappelle la manière dont il l'a exécuté, indique le point auquel il est arrivé, et fait enfin l'exposé et la critique des tendances actuelles de la chirurgie.

Le programme, on le connaît déjà : il s'agit de démontrer que les états généraux peuvent influencer d'une manière particulière la marche et les terminaisons des blessures, et que de leur côté celles-ci peuvent réagir sur l'état général du sujet d'après la nature de cet état. Sans doute ce n'est pas d'aujourd'hui que l'existence de rapports entre la blessure et la constitution du blessé est mentionnée; nos ancêtres en ont parlé en maint endroit de leurs ouvrages, mais ils se sont bornés à affirmer cette existence dans des termes vagues et abstraits, sans jamais chercher à prouver leurs dires à l'aide de faits détaillés, d'observations bien prises, et à distinguer le mode d'action de chaque état en particulier. M. Verneuil a procédé d'une manière inverse.

Il a d'abord réuni en aussi grand nombre que possible des observations authentiques et concluantes, qu'il a analysées et catégorisées soigneusement ; puis au lieu d'en tirer des conclusions hâtives, il s'est contenté d'émettre quelques préceptes dont

FEUILLETON

CAUSERIES

Voulez-vous, chers lecteurs, lire quelque chose de curieux ? Tâchez de vous procurer une lettre adressée au célèbre professeur *Carpenter* par P. A. *Taylor*. Cette lettre, tirée à 200,000 exemplaires, fait actuellement grand bruit en Angleterre. Quel genre de bruit ? Ah, chers lecteurs, ce n'est pas le bruit que soulèvent ces célèbres préfaces, comme en écrit Dumas dans ses bons jours ; ce n'est pas non plus celui qui accueille les épitres si distinguées de Renan ; non, c'est plutôt comme un de ces mouvements de boulevard qui se portent vers toutes les curiosités, fussent-elles d'une originalité ou d'une ineptie parfaite.

Quelle est donc cette brochure ? La couverture porte un titre à double face : « *Erreurs courantes sur la vaccine* ».

Moi qui suis probablement un peu philistin, je m'étais imaginé tout de bon que cette thèse était écrite par un docteur en us qui, trouvant qu'il y a encore trop de préjugés contre la vaccination, éprouvait le besoin de porter aux quatre coins du monde l'immortelle découverte de Jenner. Oh ! pas cela du tout : l'écrit, ou pour mieux dire le pamphlet, est d'un monsieur, pas docteur en us, pas médecin, mais membre du Parlement ; sans doute un de ceux qui figurent si bien dans la ligue contre les vivisections à côté des vieilles ladies et des presbytériens confits de raideur.

Loin de désirer l'extension de la vaccine, l'auteur en souhaite au contraire la disparition. C'est elle qui a fait tout le mal, c'est elle qui a syphilisé l'Europe, c'est elle qui a amené ces

la pratique peut déjà faire son profit, se réservant de formuler plus tard des lois plus précises, lorsque des faits plus nombreux encore leur auront créé des bases plus solides.

D'ailleurs chaque jour ce programme s'élargit, et bientôt peut-être des recherches du même ordre s'étendront à la pathologie tout entière; nous connaîtrons alors les relations capables de s'établir entre deux ou plusieurs états morbides quelconques coïncidant chez un même sujet, et nous saurons non-seulement comment la blessure et le traumatisme se comporteront chez l'alcoolique, le strumeux, le paludique, le goutteux, etc., mais aussi comment la syphilis évoluera chez un tuberculeux, un rhumatisant, un ivrogne; nous nous attendrons à voir surgir telle complication chez le cardiaque, telle autre chez le diabétique, telle autre chez le dément, etc. Peut-être aussi arriverons-nous à connaître quelles chances d'immunité et de réceptivité pour les affections parasitaires créent à l'homme son état antérieur de santé ou de maladie, ses aptitudes morbides congénitales ou acquises, et par suite quelles qualités il faudra communiquer à ses humeurs et à ses solides pour en faire un milieu réfractaire à la vie et à la prolifération du parasite.

Ces recherches paraissent également appelées à jeter quelque lumière sur ce qu'on nomme la prédisposition et l'idiosyncrasie morbides.

« Deux sujets, dit M. Verneuil, placés dans les mêmes conditions nosologiques et soumis aux mêmes influences pathogéniques peuvent se comporter différemment; l'un reste indemne, l'autre est atteint; ou les deux deviennent malades, mais d'une façon tout autre, ou encore tous deux prennent la même maladie, mais celle-ci n'évolue point chez le premier comme chez le second. »

En général on se contente, pour expliquer cette dissemblance, d'invoquer la prédisposition ou l'idiosyncrasie, sans tenir du reste beaucoup à cette explication. On serait plus près de la vérité si on disait que les deux malades sont doués d'un état général différent, que l'un est arthritique tandis que l'autre est scrofuleux ou diabétique. Par exemple, une contusion donnera naissance chez l'arthritique à un néoplasme, chez le scrofuleux à un abcès froid, et à un phlegmon gangréneux chez le diabétique. Les exemples seraient faciles à multiplier.

Dans d'autres cas, ce n'est plus l'état général qui régit la prédisposition, mais une tare restée dans un organe à la suite d'une affection guérie en apparence depuis longtemps. C'est ainsi qu'on s'explique comment plusieurs individus, étant soumis à une même cause pathogénique, le froid par exemple, chacun d'eux contracte une affec-

---

grandes épidémies de variole que probablement le moyen âge n'a jamais vues! Entendez-le bien : non pas seulement des dizaines (l'auteur donne un premier coup de grosse caisse), non pas seulement des centaines (deuxième coup de grosse caisse avec renforcement de cymbales), mais des milliers de personnes de la *grande Angleterre* (accentuez bien) ont pleuré la mort et la ruine de leurs enfants à la suite de la vaccination.

Suit une revue de l'Europe savante, où à l'aide d'un artifice fort habile on fait dire à des médecins éminents tout le contraire de ce qu'ils ont dit. Par exemple, voilà Ricord qu'on enrégimente de force dans le camp des vaccinophobes, parce qu'il aurait dit un jour que, s'il y avait un seul cas authentique d'inoculation de la syphilis, on devrait abandonner la vaccine.....

Et M. Depaul lui-même, parce qu'un jour à l'Académie, il a murmuré en sourdine que les vaccinateurs traitaient trop légèrement le danger de transmettre de graves maladies par le vaccin.

Et Warlomont, et Carter, et Cameron, et *tutti quanti*, tous vaccinophobes!

L'auteur a visité, paraît-il, l'un après l'autre, presque tous les médecins de Londres. Savez-vous combien il en a trouvé qui soient convaincus de la vertu préservatrice du vaccin? Deux; oui, *deux*. Et encore... ceux-là ne raisonnaient pas leur conviction; ce qui les dominait avant tout, c'était un respect fétichique pour la tradition.

N'est-ce pas que ce chiffre 2 est adorable, appliqué à l'immensité de Londres? Je n'ai jamais vu d'aussi près le parti qu'on peu tirer des chiffres. C'est merveilleux comme le *sir Taylor* sait jongler avec eux, prenant ceux qui en apparence sont favorables à sa thèse et laissant ceux qui la contrarient. La *statistique*... il n'y a que cela! (air de la *Grande Duchesse.*)

On n'attend pas de moi que, dans cette *Causerie* au vol léger, je réfute ce qui a été si bien

tion différente : coryza, angine, conjonctivite, pneumonie, diarrhée, rhumatisme, névralgie, etc. Si la pituitaire a été prise chez celui-ci, le poumon chez celui-là, les synoviales articulaires chez un troisième, c'est que pituitaire, poumon ou synoviale au moment de l'application de la cause, étaient, par rapport aux autres organes, en état de réceptivité plus grande, de résistance diminuée. Ils étaient prédisposés, c'est-à-dire tarés depuis plus ou moins longtemps. La théorie de la moindre résistance nous permet encore de comprendre « qu'une tare laissée par une ancienne blessure puisse devenir, sous l'influence d'une maladie générale survenant plus ou moins longtemps après la guérison, le point de départ d'une nouvelle affection portant parfois le cachet de celle qui l'a primitivement provoquée. C'est ainsi que nous avons vu la syphilis se fixer sur d'anciennes cicatrices, le cancer sur des tumeurs restées longtemps bénignes, le rhumatisme sur des jointures autrefois malades, la scrofule sur un membre atrophié depuis l'enfance, et que nous avons également vu la fièvre typhoïde rallumer un ancien foyer d'ostéite. »

D'après M. Verneuil, la voie du progrès en chirurgie est ouverte du côté de l'étiologie. En associant à la pathologie externe celle de la pathologie générale et de la médecine proprement dite, en cherchant à approfondir les questions d'étiologie et de pathogénie, et en explorant sans cesse le terrain des diathèses, des intoxications, des états constitutionnels et des maladies générales, M. Verneuil a pour idée dominante, pour préoccupation constante, de donner à la pratique chirurgicale une direction déterminée. Il veut que cette pratique devienne de plus en plus médicale, conservatrice, de moins en moins opératoire ; que la prophylaxie, l'hygiène, la thérapeutique ordinaire y jouent le plus grand rôle, et restreignent de plus en plus l'action instrumentale.

Sans doute, on ne pourra supprimer complètement les opérations sanglantes tant qu'il y aura des lésions traumatiques graves, tant qu'on n'aura pas appris à guérir sans elles les néoplasmes, tant qu'il y aura des vices de conformation et des difformités acquises. Mais ce qu'il ne faut pas, c'est, en s'abritant derrière la méthode antiseptique, prendre le bistouri pour remédier à toute affection chirurgicale qui se présente; et M. Verneuil pense qu'il y a mieux à faire que ce qu'on fait en maintes circonstances.

L'immunité que donne aux opérations la méthode antiseptique, entraîne bon nombre de chirurgiens dans une fausse direction. Etant donnée une tumeur quel-

---

réfuté par *Carpenter* et par le bon sens de celle qu'on appelait, il y a quelques semaines encore, notre noble alliée. (Hum! Après l'Egypte... ?)

Je vous le dis en vérité, mes chers confrères, lisez cette mascarade, cette folie de mardi-gras, d'autant plus drôle qu'elle est écrite avec un style sévère, pompeux et pseudo-scientifique :

London, William Young 114, Victoria Street, Westminster, S. W., And E. W. Allen, 4, Ave-Maria Lane, E. C., 1882.

Pourvu qu'on ne m'accuse pas de faire de la réclame à l'éditeur... et à l'auteur!

***

Voici maintenant une petite anecdote qui m'a été contée par un ami de Meissonier ; c'est dire qu'elle est absolument authentique : Un jour le chien de Meissonier, qui d'habitude reposait sur de moelleux coussins et des tabourets rembourrés, se dérange de sa couche et se casse la patte. Pourquoi? La goutte s'était-elle infiltrée dans ses os et les avait-elle rendus friables? La chronique ne le dit pas.

Voilà Meissonier désolé : un toutou si caressé, si choyé, qui était l'âme et la joie de toute la maison, était-il possible qu'il fût condamné à rester infirme pour le reste de ses jours?

Non, plutôt recourir à un prince de la science! Dans ce temps là, on était à la fin de l'empire; le prince de la science, c'était Nélaton.

C'était bien vite dit de faire venir Nélaton; mais comment lui avouer le motif? On résolut (je dis on, car Meissonier réunit à ce moment critique un conseil de famille), on résolut de le mander comme pour un des hôtes de ce coquet château de Bougival qu'habite encore Meissonier, si j'ai bonne souvenance. Donc, on le mande en toute hâte par télégraphe, par lettre, par requête de domestique.

conque, on ne pense qu'à l'extirper; une articulation enflammée, à la réséquer; un genu valgum, à le réséquer d'une autre manière, ou à le rompre violemment, etc. Cette immunité va encore plus loin; non contente de permettre des opérations plus que téméraires, elle incite le chirurgien, trop pressé d'en finir avec la maladie, à rejeter les méthodes de douceur, à négliger le diagnostic clinique, et c'est ainsi, quand il doute, qu'il ne craint pas de faire une incision jusqu'au mal pour savoir quelle en est la nature. Ces excentricités chirurgicales sont, il est vrai, l'apanage presque exclusif des étrangers, mais elles tendent à pénétrer chez nous, et il faut les mettre a l'index et les combattre. On abuse de la méthode antiseptique. Heureusement, dit M. Verneuil, « les attaques de ce délire opératoire ont été rares jusqu'ici en France, et autour de nous je vois, Dieu merci, assez de jeunes chirurgiens instruits, humains, honnêtes et sages, pour constituer une école française capable de continuer les grandes et bonnes traditions chirurgicales de notre pays. »

Mais ces jeunes chirurgiens sont encore sans grande expérience, et c'est pourquoi nous leur conseillons de lire et de méditer à loisir les vingt pages qui composent la préface de ce volume. Ils pourront alors choisir entre les deux grandes catégories qui, de tout temps, ont constitué le corps chirurgical, les thérapeutes et les opérateurs : les uns cherchant à guérir les affections chirurgicales sans opération ou avec des opérations aussi peu compromettantes que possible; les autres, partisans des solutions promptes, recourant plus volontiers et d'emblée aux mesures radicales. La lutte entre les deux partis a eu des destinées diverses. « Chaque fois que la matière médicale a fait faire quelque progrès à la méthode non sanglante, la médecine opératoire a dû reculer; mais chaque fois que les opérations, ou quelques-unes d'entre elles, sont devenues plus faciles, plus sûres, plus innocentes, les thérapeutes ont dû baisser pavillon devant le fer ou le feu. Or, l'histoire de notre art démontre que peu à peu, lentement, mais sans relâche, les thérapeutes ont gagné du terrain; nous devons donc sans hésitation prendre place dans leurs rangs et imiter leur conduite. »

Là, justement, est le nœud de la question. Recherchez l'étiologie des maladies chirurgicales, et vous trouverez le moyen de les guérir avec le moins d'opérations possible; apprenez à faire le diagnostic des affections de l'abdomen et des articu-

---

Nélaton arrive, s'installe dans le salon et se met à causer avec le maître de la maison de choses indifférentes, *de quibusdam et aliis*. Meissonier avait déjà peint bien des batailles et remporté bien des victoires; mais devant le nouveau combat qu'il lui fallait livrer, il suait sang et eau.

La conversation continuant à piétiner sur place, Nélaton, impatienté et sentant le prix de son temps, demanda tout à coup : « Mais où est le malade ? » Grand embarras du peintre.

« — Qu'on l'apporte », dit-il enfin. « — Comment! qu'on l'apporte! s'écrie Nélaton; mais, s'il est blessé, c'est à moi qu'il appartient d'aller vers lui. »

Il n'avait pas plutôt achevé qu'on apportait, sur un coussin ramagé d'or, la pauvre bête qui râlait de douleur, malgré les précautions exquises des domestiques.

A ce spectacle douloureux, Meissonier oublia toute retenue et toute gêne. « Sauvez-le, sauvez-le, illustre maître ! », tel fut le cri qui s'échappa de son cœur oppressé.

Que dire de plus ? Nélaton soigna la patte brisée; puis il revint, attiré un peu, sans doute, par le charme fascinateur de ce peintre doublé d'un lettré.

Un jour pourtant, la fracture étant consolidée et la pauvre bête étant remise sur pieds, ou plutôt sur pattes, il ne revint plus. C'est le quart d'heure de Rabelais. Meissonier écrit à l'illustrissime chirurgien une lettre de remercîments, et lui demande le montant de ses honoraires. A quoi Nélaton répond que, quand le peintre viendra à Paris, il le prie de venir le voir.

Il n'y a pas loin de Bougival à Paris. Meissonier accourt; et, comme il tire son portefeuille bourré de bank-notes, Nélaton lui dit :

« Tenez, Monsieur, vous êtes peintre, n'est-ce pas ? Eh bien, revêtez-moi donc d'un badigeonnage gris ces deux panneaux que les ébénistes viennent de quitter. »

C'était se venger finement. Qui eut le dernier mot ? Meissonier. Il se mit immédiatement au travail, et, au bout de quelques jours, signa deux chefs-d'œuvre sur ces panneaux.

Dr Caradec fils.

lations, et vous éviterez de faire au ventre et aux jointures des incisions exploratrices pour savoir s'il faut pratiquer une opération radicale. M. Verneuil cite à ce sujet l'observation d'une femme atteinte d'obstacle au cours des matières avec tumeurs multiples de l'abdomen. Bien que l'obstruction intestinale eût cédé à quelques lavements, on crut bon néanmoins d'ouvrir le ventre pour savoir de quelle nature étaient ces tumeurs; après avoir constaté un cancer du péritoine, on referma la plaie antiseptiquement. La malade mourut trois semaines après. M. Verneuil s'indigne contre une telle manière de comprendre la chirurgie, et à bon droit, car l'histoire contemporaine de l'obstruction intestinale est remplie de faits semblables.

Il faut bien reconnaître que cette méthode antiseptique constitue un sérieux appoint en faveur des opérateurs, et que les thérapeutes sont actuellement fort distancés par leurs adversaires. Mais ceux-ci se grisent de leurs succès et ne tarderont pas à perdre de leur crédit. Sous prétexte que les opérés ne meurent plus de l'opération, on ne recule plus devant rien. Les résections sont bénignes, donc il faut réséquer toutes les jointures. On opère donc les tuberculeux comme les autres; la résection guérit, mais la phthisie prend bientôt une marche rapide et emporte l'opéré.

De même on a extirpé les cancers superficiels sans danger et on en a conclu que les cancers profonds pouvaient être tout aussi facilement enlevés; mais si l'on a parfois réussi dans les extirpations du rein, de la rate, de l'intestin, de l'utérus, la mort a été bien plus fréquente; et en somme, quels progrès réels la thérapeutique a-t-elle retirés de cette pratique?

La voie n'est pas là. Les cancéreux opérés ne guérissent que pour un temps; qui sait même si la survie a été plus longue que si l'on n'avait pas opéré? Il faut donc trouver mieux. Les études étiologiques seules peuvent fournir les moyens d'arriver à guérir les maladies chirurgicales; et de même qu'on obtient maintenant, sans avoir recours au bistouri, la disparition des néoplasmes syphilitiques et tuberculeux, peut-être arrivera-t-on à guérir le cancer sans opération, lorsqu'on aura repris, contrôlé, vérifié cette importante idée que la néoplasie vraie dérive en ligne droite de l'arthritisme. Il y a là, pour les observateurs, une vaste mine à exploiter.

Que les thérapeutes reprennent donc courage. La pathologie générale, la pathogénie surtout, rentrent en faveur, et M. le professeur Bouchard vient de publier justement sur cette partie de la science un livre que nous considérons comme un des plus beaux modèles qu'on ait tracés depuis longtemps pour servir à l'étude de la pathologie générale médicale. Aux chirurgiens de l'imiter!

En condamnant sans hésitation l'abus qu'on fait aujourd'hui de la thérapeutique instrumentale, en exhortant les jeunes à lutter contre l'entraînement et à poursuivre plutôt l'œuvre de la chirurgie conservatrice, M. Verneuil sait qu'on l'accusera d'être rétrograde et de méconnaître le progrès; mais il s'en consolera, nous en sommes persuadé, si l'avenir démontre qu'il a raison et s'il parvient à ramener dans la bonne voie quelques esprits incertains.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. A. Gaudry communique la note suivante *Sur des débris de Mammouth trouvés dans l'enceinte de Paris.*

« En faisant les fondations du nouvel Hôtel des postes, rue Pagevin, on a trouvé quelques débris d'animaux quaternaires; M. Guadet, architecte de l'Hôtel des postes, les a remis au Muséum d'Histoire naturelle. Ces débris proviennent d'un Cheval (*Equus caballus*), d'un jeune Cerf (*Cervus elaphus*) et du Mammouth (*Elephas primigenius*). Je mets sous les yeux de l'Académie une molaire qui, par ses lames très serrées, minces et couvertes d'une fine couche d'émail, présente le type le plus accentué de la dentition du Mammouth; pour faire ressortir sa différence avec celles de l'*Elephas antiquus*, je place à côté une molaire de cette espèce, que M. Chouquet vient de recueillir dans le dilivium de Chelles.

Du temps de Cuvier, on a rencontré des restes de Mammouth près de la Salpêtrière. On en a trouvé aussi dans les sablières de la rue du Chevaleret et à l'hospice Necker. MM. Martin et Reboux ont donné au muséum des pièces de Mammouth qu'ils ont recueillies à Grenelle, associées avec des restes de Rhinocéros, d'Hippopotames et de Bœufs primitifs. M. Leprat nous a remis une dent de Mammouth découverte rue de Lafayette. M. Lecomte, architecte, en faisant construire une maison rue Doudeauville, près du boulevard Ornano, a vu extraire des fouilles un os d'Éléphant, avec des dents du *Rhinoceros tichorhinus*, le compagnon habituel du Mammouth; il a également donné ces pièces au Muséum. Ainsi, non seulement dans la banlieue, mais dans l'enceinte même de Paris, les grands animaux quaternaires n'ont pas été rares.

On sait que Paris, à l'époque du Mammouth avait déjà des habitants, puisqu'on y a trouvé des instruments humains dans les mêmes couches où l'on a recueilli des os de Mammouth. »

— M. Lallemand a été nommé correspondant de la section de physique en remplacement de M. Billet, décédé.

M. P. Chapoteau adresse une note *Sur le suc gastrique*.

« Peu de questions sont plus débattues et mieux étudiées en ce moment que celles des digestions, surtout depuis les récentes communications faites à l'Académie ; la note que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui ne saurait revêtir le caractère d'un mémoire terminé, et si je demande la permission d'exposer les premiers résultats de mes recherches sur ce sujet si controversé, c'est en vue de m'assurer le bénéfice des études commencées et des premiers résultats acquis.

Voici la méthode employée pour obtenir le suc gastrique nécessaire à nos expériences : les estomacs de moutons récemment sacrifiés sont lavés rapidement ; on en sépare les glandes pepsigènes, que l'on pulpe avec soin, sur un tamis métallique à mailles fines ; l'évaporation de cette pulpe sur des plaques de verre à la température de + 50° donne un résidu sec formé de parties fibreuses, de suc gastrique et de matières grasses qu'enlève l'éther anhydre sans altérer son pouvoir digestif.

Le produit ainsi obtenu, traité à plusieurs reprises par l'eau distillée (100 gr. pour 3 litres), se dissout en laissant un résidu dénué de tout pouvoir digestif.

Cette solution aqueuse évaporée abandonne une pepsine dissolvant trois mille fois son poids de fibrine ; en étendant cette solution aqueuse de son volume d'alcool à 95°, elle laisse précipiter un corps pulvérulent blanc et neutre, tandis que le véhicule hydro-alcoolique présente une réaction acide. Quelle est la nature de cette matière blanche, et quel est le corps qui donne une réaction acide au véhicule hydro-alcoolique ? A cet égard, j'ai pu constater les faits suivants : la liqueur acide privée d'alcool par évaporation à + 50° ne dissout plus la fibrine ; la matière blanche possède, au contraire, un pouvoir dissolvant considérable quand elle est acidifiée ; en elle paraît se résumer la propriété spéciale de la pepsine ; ses propriétés, sur lesquelles je reviendrai prochainement, sont voisines de celles des albumines, moins son peu de solubilité dans l'eau, qu'explique son mode d'isolement par l'alcool ; ainsi sa dissolution aqueuse est coagulable vers + 70° ; elle précipite par les sels métalliques et les dissolutions de chaux et de baryte ; en outre, elle mousse par l'agitation comme une solution d'albumine.

Quant au liquide acide, il fournit un sel barytique peu soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool à 60° ; cet acide est certainement l'un des éléments actifs de la pepsine, car la solution aqueuse de la matière albuminoïde possède un pouvoir dissolvant de la fibrine inférieur à celui de la solution primitive d'où je l'ai extraite ; en résumé, la pepsine me paraît être la combinaison d'une matière albuminoïde avec un acide organique, ce que j'espère démontrer prochainement.

Ces recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Rigaud, à Neuilly. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Sur un nouveau point de repère pour le lieu d'élection de la ligature de la carotide externe. — Observation de névralgie faciale rebelle guérie par l'élongation du nerf dentaire inférieur. — Expulsion spontanée d'un calcul volumineux à travers la paroi vésico-vaginale. — Présentation de malade : Extirpation totale du calcanéum ; régénération de l'os ; marche et fonctions du pied conservées.

A l'occasion de l'observation adressée par M. le professeur Dubrueil (de Montpellier) relative à un cas d'embolie de la carotide interne consécutive à la ligature de la carotide externe, M. Farabeuf fait une communication sur un nouveau point de repère pour le lieu d'élection de cette ligature. Voici le résumé, c'est-à-dire le squelette de cette improvisation bril-

lante, dans laquelle l'orateur, sans rien sacrifier de l'exactitude et de la précision des détails d'anatomie topographique et de médecine opératoire, a su jeter sur leur nudité le manteau d'une parole toujours élégante, spirituelle et sûre d'elle-même.

L'observation de M. Dubrueil lue dans la dernière séance, paraît démontrer la réalité d'un danger jusqu'ici inaperçu : l'embolie d'une branche de la carotide cérébrale, ayant comme point de départ le caillot consécutif à la ligature de l'origne de la carotide faciale ou carotide externe.

C'est une raison nouvelle pour engager les chirurgiens à ne jamais poser le fil ailleurs qu'au *lieu d'élection* qui, anatomiquement et chirurgicalement, correspond à l'intervalle des artères thyroïdienne supérieure et linguale.

M. Farabeuf, sachant que la découverte et la dénudation de l'artère carotide externe est une opération très difficile et très délicate, espère que ses collègues lui pardonneront de résumer brièvement mais avec précision la topographie anatomique du champ opératoire, et lui sauront gré de leur indiquer un point de repère nouveau et tangible, auquel il accorde une importance capitale, car il conduit non-seulement sur l'artère mais encore juste sur le point d'élection qu'il faut dénuder et lier. Il s'agit de la grande corne de l'os hyoïde, dont l'extrémité aboutit nécessairement au droit de l'intervalle des artères thyroïdienne supérieure ou *sous*-hyoïdienne et linguale ou *sus*-hyoïdienne.

Il y a bientôt 20 ans, M. Guyon lisait à la Société de chirurgie un mémoire dans lequel il attirait l'attention sur les rapports du nerf grand hypoglosse, cordon blanc visible, et des artères carotides secondaires. M. Guyon indiquait aussi qu'entre les collatérales thyroïdienne supérieure et linguale il existe un segment carotidien dépourvu de branches et assez long, qui devait de préférence à tout autre point recevoir la ligature. M. Farabeuf, s'appuyant sur ce qu'il a vu et sur les importantes et nombreuses dissections de Wyeth (de New-York), pense que ce segment dépourvu de branches est un peu moins long que ne l'avait cru M. Guyon. Encore faut-il dire que bien souvent il donne par sa face profonde la petite artériole pharyngienne ascendante. Ce n'en est pas moins le lieu d'élection de la ligature, puisqu'un fil placé à ce niveau suspend le cours du sang dans toutes les branches faciales de l'artère et le laisse subsister seulement dans la branche cervicale ou thyroïdienne, qui seule n'a rien à voir dans les plaies, ni dans les angiomes et cancers de la face. En outre, il faut bien dire que la thyroïdienne naît ordinairement de la bifurcation même de la carotide primitive, ce qui rend impossible ou fort aléatoire une ligature placée au dessous de l'origine de ce vaisseau.

En fait, il n'y a aucun désaccord relativement au lieu d'élection, et, si le fil n'a pas toujours été bien placé, c'est que ce lieu n'est pas facile à découvrir avec les points de repère jusqu'ici employés. On peut citer, il paraît, bon nombre d'erreurs opératoires, et il est certain que dans les mémoires de Robert, de Madelung et de Wyeth, on trouve maintes observations qui témoignent des embarras et des faux pas des meilleurs opérateurs.

Chercher la carotide primitive pour remonter ensuite au-dessus de sa bifurcation, n'a pas toujours réussi et a toujours nécessité une assez vaste et dangereuse dissection ainsi que la section des veines transversales. Chercher une collatérale, par exemple la thyroïdienne, pour aller au tronc carotidien, a donné le change à plusieurs chirurgiens. Chercher le nerf grand hypoglosse, le point de repère de M. Guyon, est encore et de beaucoup ce qu'il y a non pas de plus facile, mais de plus sûr. Les opérateurs qui ont vu le nerf en ont bien profité, mais il en est qui l'ont cherché en vain, et il en est qui proclament sa découverte plus difficile que celle de l'artère elle-même.

Le but de M. Farabeuf n'est pas d'apprendre à se passer des excellents points de repère recommandés par ses prédécesseurs, mais d'enseigner à les trouver sûrement pour arriver consécutivement à l'artère, mieux encore, au lieu d'élection même. Il ne décrit donc pas l'opération dans son ensemble et se borne à peu près à ceci. Quand on a fait une incision longitudinale dont le milieu répond juste au niveau de l'os hyoïde préalablement senti à travers les téguments; quand on a récliné le muscle sterno-mastoïdien, et incisé avec précaution les durs feuillets celluleux en se dirigeant toujours vers la grande corne *tangible* au fond de la plaie, et qu'il faut pour ainsi dire dénuder, voici ce que l'on aperçoit : en bas, une veine qui descend d'avant en arrière, le tronc collecteur *thyro-linguo-facial*, quelquefois décomposé en plusieurs, et gagnant la jugulaire interne par devant la carotide primitive ou sa bifurcation ; en haut, le nerf grand hypoglosse qui descend du crâne et croise les carotides secondaires pour se porter en avant à la rencontre de la naissance du tronc veineux. Entre le nerf et la partie terminale du tronc veineux, est la grande corne. Si l'intervalle de ce cadre nervo-veineux est petit, il suffit d'abaisser un peu la veine pour sentir l'os, découvrir et exposer le lieu d'élection de la carotide externe, qui se présente de lui-même avec l'origine de la thyroïdienne qui descend en avant, sous le tronc veineux, et l'origine de la linguale qui monte en avant sous le nerf hypoglosse.

Bref, l'opérateur en marchant sur la grande corne hyoïdienne, toujours facile à retrouver, arrive nécessairement au-dessous du nerf hypoglosse qu'il peut voir, au-dessus de la veine thyro-linguo-faciale qu'il peut couper entre deux ligatures, sur le lieu d'élection de la carotide externe qu'il peut dénuder et lier hardiment, mais dont il peut aussi découvrir et reconnaître les collatérales voisines.

M. Després dit qu'il a pratiqué une seule fois la ligature de la carotide externe, et il lui a paru, d'après ce fait, qu'il n'était pas d'opération plus facile que cette ligature. Il l'a faite suivant le procédé indiqué par Malgaigne. Le sujet étant couché, il a cherché avec le doigt et marqué la grande corne de l'os hyoïde; puis, faisant le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, une incision dont la partie moyenne était au niveau de cette corne, il a incisé largement la gaîne du muscle, a fait écarter celui-ci en dehors par un aide et est tombé juste sur la bifurcation de la carotide primitive, ce qui lui a permis de trouver et de lier très facilement la carotide externe.

M. Tillaux partage entièrement l'opinion de M. Farabeuf, relativement à l'extrême difficulté de l'opération de la ligature de la carotide externe. En effet, on manquait dans cette ligature d'un point de repère « tangible ». La grande corne de l'os hyoïde est ce point de repère qui, ajouté aux autres, en particulier au nerf grand hypoglosse de M. Guyon et aux artères collatérales, ne peut que faciliter la tâche du chirurgien.

M. Tillaux n'approuve pas le procédé de Malgaigne, trop vanté par M. Després. En faisant l'incision parallèle au bord du sterno-mastoïdien, on a grande chance de s'égarer. Le précepte de chercher d'abord la carotide primitive, puis de remonter plus haut sur la carotide externé, n'est guère plus pratique.

Il faut, d'après M. Tillaux, faire une incision qui, partant de l'angle de la mâchoire, se dirige obliquement et aboutisse au bord antérieur du sterno mastoïdien, à peu près au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. En se tenant constamment dans ce plan, sans dévier ni à droite ni à gauche, on tombe d'aplomb sur la gaîne des vaisseaux carotidiens.

Le point de repère indiqué par M. Farabeuf est donc excellent, mais il ne doit pas faire oublier les autres; si la grande corne de l'os hyoïde est le meilleur point de repère quand on pratique la ligature sur le cadavre, il n'en est pas de même sur le vivant, où l'on a pour se guider les battements artériels. La carotide découverte, il s'agit de savoir si c'est l'interne ou l'externe; ici le nerf grand hypoglosse de M. Guyon est un excellent point de repère, car il donne cette indication. Mais le nerf peut ne pas être rencontré, d'où une grande difficulté pour le chirurgien; alors il a à sa disposition un autre excellent point de repère, les branches collatérales, plus important que la grande corne de l'os hyoïde, car cet os a pu remonter, d'où le précepte dans cette ligature de ne jamais serrer le fil sans avoir vu une collatérale. En résumé les chirurgiens doivent être obligés à M. Farabeuf de leur avoir facilité l'opération si difficile de la ligature de la carotide externe en leur indiquant un nouveau point de repère tangible, la grande corne de l'os hyoïde; mais il ne faut pas pour cela abandonner les autres et particulièrement la naissance des collatérales qui est, sur le vivant, le principal point de repère.

M. Le Dentu a pratiqué la ligature de la carotide externe un très grand nombre de fois, non sur le vivant, mais sur le cadavre, et il a été frappé des difficultés énormes que l'on se crée lorsqu'on ne fait pas l'incision assez haut. Il est parfois nécessaire d'empiéter sur la région parotidienne et de refouler en haut le bord inférieur de la glande.

Dans cette opération, il est habituel de rencontrer des ganglions lymphatiques, gros ou petits; la présence de ces ganglions est une cause de grande gêne pour l'opérateur, aussi M. Le Dentu croit-il devoir poser, en quelque sorte, en principe l'extirpation d'un ou deux ganglions dans le but de se ménager de la place.

Relativement aux veines volumineuses que l'on rencontre dans cette ligature, les considérations dans lesquelles M. Farabeuf est entré à ce sujet, paraissent à M. Le Dentu d'une grande importance. Il est très important de rechercher le tronc veineux thyro-linguo-facial et de l'écarter du champ opératoire en le refoulant en bas et en dedans.

Quant à la valeur de la grande corne de l'os hyoïde comme point de repère, elle est réelle, mais à la condition de ne pas négliger les autres.

M. Verneuil a pratiqué trois fois, sur le vivant, la ligature de la carotide externe. Il déclare qu'il ne connaît pas de meilleur procédé que celui de M. Guyon. Il est d'avis de pratiquer l'incision suivant le précepte donné par ce chirurgien; mais il est de toute nécessité d'avoir une plaie exsangue et il faut absolument arrêter le sang.

En ce qui concerne le tronc veineux thyro-linguo-facial, M. Verneuil pense qu'il est utile de l'isoler, de passer deux fils et de couper le tronc entre deux ligatures; cela est d'autant plus

nécessaire que l'on est parfois obligé de manœuvrer à une profondeur considérable, pour peu que le sujet ait de l'embonpoint.

Quant à l'extirpation des ganglions lymphatiques, il est nécessaire de la pratiquer avec de grandes précautions, si l'on veut éviter de graves hémorrhagies par ouverture des veines de ces ganglions privées de valvules.

— M. le docteur MOUCHEZ (de Sens) lit deux observations : la première, relative à une opération d'élongation du nerf dentaire inférieur pour une névralgie faciale rebelle ; la deuxième est un exemple curieux d'expulsion spontanée d'un calcul vésical, très volumineux, à travers la paroi vésico-vaginale. Nous reviendrons sur cette communication, à l'occasion du rapport de la commission chargée de l'examiner.

— M. POLAILLON présente un jeune malade et communique l'observation suivante : *Extirpation totale du calcanéum; régénération de l'os; marche et fonctions du pied conservées.*

M. de Ribier, âgé de 16 ans, portait, depuis trois mois et demi, une ostéite nécrosique de tout le calcanéum droit. Le talon et la partie inférieure de la jambe étaient très tuméfiés, avec rougeur de la peau et grandes douleurs. Plusieurs fistules s'étaient établies autour du cou-de-pied. Ces fistules convergeaient toutes vers le calcanéum, ce qui me permit d'établir que cet os était seul malade.

Le 10 mai 1881, *extirpation de tout le calcanéum* pendant la chloroformisation.

Je fis une incision horizontale sur le bord externe du pied, depuis le cuboïde jusqu'à la partie externe de la tubérosité postérieure du calcanéum, où se trouvait une fistule ; et une incision verticale de 3 centimètres sur le bord externe du tendon d'Achille et venant rejoindre la première. Je disséquai et relevai en haut le lambeau ainsi formé en ménageant soigneusement les tendons des péroniers latéraux. Puis, je détachai le tendon d'Achille en le laissant tenir au périoste calcanéen, et je le repoussai en dedans. Toute la partie postérieure du calcanéum étant nécrosée, fut saisie avec un davier et enlevée sans difficulté. Sa partie antérieure fut extraite par morceaux jusqu'au cuboïde et jusqu'à l'astragale. Toutes les fongosités furent exactement ruginées.

L'opération terminée, il restait une vaste cavité dont les parois étaient formées par la gaîne périostique adhérente aux parties molles sus-jacentes et par les surfaces articulaires des os voisins, astragale et cuboïde.

Pas d'écoulement sanguin pendant l'opération, en raison d'une application exacte de la bande d'Esmarch. Suintement sanguin en nappe après l'ablation de cette bande.

Trois points de suture métallique sur la partie horizontale de l'incision, un point sur la partie verticale rapprochent les lèvres de la plaie. Un tampon de gaze phéniquée sèche est disposée dans la cavité laissée par l'extirpation du calcanéum. Pansement de Lister. Application d'un appareil plâtré sur la jambe et le pied, en laissant le talon à découvert. Le membre est ensuite placé dans une gouttière.

11 mai. Ablation du tampon qui remplit la cavité calcanéenne. Cette cavité est bien lavée avec de l'eau phéniquée au vingtième. Pansement de Lister. Drain.

15 mai. Ablation de deux fils d'argent. Pansement. Point de fièvre depuis l'opération. Alimentation substantielle.

18 mai. Ablation des deux derniers fils d'argent et du tube à drainage.

Les pansements consécutifs sont faits tous les trois jours.

28 mai. Application d'un nouvel appareil plâtré autour du pied et de la jambe. Le pied est dans un bonne direction. Les incisions se sont réunies par première intention. A la partie postérieure du talon on voit un orifice qui conduit dans la cavité calcanéenne qui laisse échapper encore le peu de suppuration qui se produit.

17 juin. Il n'y a plus de suppuration.

23 juin. Application d'un appareil ouaté et silicaté qui permettra au malade de faire des promenades en voiture et de marcher avec des béquilles.

16 juillet. La cavité du calcanéum est complètement comblée par une substance assez dure en voie d'ossification. Il est évident qu'un calcanéum nouveau s'est régénéré. Il n'y a plus qu'une petite plaie déprimée au niveau de l'apophyse postérieure du calcalnéum. Toutes les autres fistules sont entièrement guéries. Le talon a récupéré sa forme ; il est seulement un peu moins saillant en arrière que celui du côté opposé.

Aujourd'hui, plus d'un an après l'extirpation totale du calcanéum, vous pouvez voir que le calcanéum s'est complètement reproduit, que par suite le pied opéré a sensiblement la même forme que celui du côté opposé. La saillie postérieure du talon est seulement un peu moins prononcée, et tout le calcanéum est un peu moins volumineux dans tout son ensemble. Il en résulte que la plante du pied a la configuration des pieds plats. Les fonctions du pied sont revenues soit dans la station debout, soit dans la marche. M. de Ribier étant debout peut

se soulever sur la pointe du pied. Il fait plusieurs lieues sans se fatiguer et sans boiter. Il se sert seulement d'une chaussure qui porte un talon plus élevé que celui de l'autre côté.

A. T.

L'ÉPIDÉMIE DE SAOUTCH-BOULACK.

Il y a déjà quelque temps qu'on a appris, par le télégraphe, l'apparition d'une affection épidémique dans le Kurdistan Persan, au sud du lac d'Ourmiach, dans le village d'Ouzoundéré, localité du district de Saoutch-Boulack, voisine de la frontière ottomane. Cette contrée a été récemment ravagée par l'invasion des Kurdes, par la famine et par le typhus exanthématique.

Quelle était la nature de cette épidémie ? Le laconisme des premières dépêches ne permettait pas de la déterminer. A titre de document, sinon comme chef-d'œuvre d'observation médicale et de franchise orientale, voici le rapport officiel qui mérite d'être lu. Nous l'empruntons à un journal de médecine de Constantinople ; et il pourra convaincre les sceptiques de la valeur des arguments que M. Fauvel faisait valoir avec autant de talent que d'autorité, dans la séance du 17 avril dernier, devant l'Académie des sciences :

Rapport de Mirza Férullach, médecin qui a été envoyé à Saoutch-Boulack, à l'effet de faire une enquête sur la maladie qui s'est déclarée dans cette ville.

« 1° Samedi 9 Djemazul-Oulack (29 mars), je me suis rendu au village de Ouzoundéré et « j'ai fait une enquête minutieuse sur la maladie qui s'est déclarée dans cette province. Les « habitants de ce village m'ont rapporté que la maladie s'est déclarée depuis le commencement « de Rabiul-sanith (20 février). La première personne qui a été atteinte est un certain Hizir, « fils d'Agha Békir ; ce mal a commencé par la présence de bubons à l'aisselle droite, de la « grosseur d'un œuf de pigeon ; la partie était enflammée et causait des douleurs lamen- « tables. Au début, le bubon possédait la couleur du cœur, mais trois jours après, il chan- « geait de couleur et devenait mortel.

« 2° La seconde personne est une jeune fille, du nom de Iereh, fille d'un nommé Hadji- « Mollak Aali. Chez cette personne le bubon est apparu à l'aine gauche et en deux jours il « tua la malade.

« 3° Une troisième personne, Mollak Hizir, a eu le mal du côté gauche, et est mort en sept « jours ; le malade était plongé dans un état d'assoupissement, souffrait de dyspnée et avait « des crachements sanguinolents.

« 4° Deux filles d'un certain Ibrahim ont eu, l'une le bubon sur l'oreille et l'autre à l'ais- « selle ; chez ces personnes les bubons n'ont produit aucun écoulement et elles ont guéri.

« 5° Une femme nommée Aiché, femme d'un certain Hamid, a eu le bubon à l'aine ; on a « procédé à une incision et il s'est écoulé du pus mêlé de sang et elle a guéri. »

« Depuis, il n'y a pas eu d'autres cas de cette maladie. A la date du 19 Djemazi-ul-encell « (avril), 46 personnes, hommes, femmes et enfants, avaient succombé à cette maladie..... « J'ai visité moi-même 14 individus malades depuis 3 ou 4 jours, la maladie avait débuté « par des frissons suivis de fièvre, de dyspnée, de toux et d'une douleur à la région précor- « diale. Le second jour, ils crachaient et vomissaient du sang, expectoraient des mucosités, « conséquences probables d'une gangrène des poumons, suite de pneumonie.

« Tous les malades que j'ai visités n'ont pas présenté les symptômes de la peste, mais « l'hiver rigoureux, les épizooties, la misère et les très mauvaises conditions hygiéniques « dans lesquelles vivent ces gens-là, ont été la cause de la maladie qui, du reste, n'a pas « présenté la moindre tendance à la contagion, et les villages les plus avoisinants de cette « contrée où la maladie *s'est glissée* ont été dans un état de parfaite santé. »

Vraiment il faudrait, comme le signataire de ce rapport, le médecin persan Mirza-Férullach, posséder un optimisme oriental, pour ne pas déclarer en présence de ces symptômes qu'il s'agit bien de la peste bubonique à forme pneumonique.

Le docteur Léonard Arnaud, médecin sanitaire européen à Téhéran, s'est rendu dans le village éprouvé par la maladie. Il n'a pas hésité à se prononcer sur la nature de cette épidémie, et d'après un télégramme du 11 juin, expédié de Jauris à Constantinople, il a constaté en présence des autorités, que sur 37 personnes, il existait des bubons axillaires ou inguinaux encore en suppuration ou bien récemment cicatrisés.

La population du village était de 624 habitants. Jusqu'à présent 259 ont été atteints et 155 ont succombé. La morbidité a donc été supérieure à 48 pour 100 et la mortalité de 30 pour 100. On pourrait répéter avec le bon La Fontaine :

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

La malignité de l'épidémie paraît être grande, car la mort est survenue en général entre la huitième et la trentième heure.

L'évacuation du village a été prescrite et les habitants campent sous la tente à six kilomètres de leurs anciennes maisons. De plus, un cordon de cavaliers Kurdes assure l'isolement et des mesures doivent être ordonnées pour la destruction par le feu des habitations et des hardes.

Ces mesures sont l'œuvre de notre compatriote et préviendront sans doute l'extension de la maladie. De plus, l'approche des chaleurs fait espérer que l'épidémie ne prendra pas un caractère plus menaçant. Néanmoins le Conseil sanitaire de Constantinople a recommandé aux autorités turques de faire visiter les nombreux voyageurs venant de Perse par les défilés très fréquentés qui aboutissent a Soleymanié.

Par le rapport du médecin Mirza Ferullah, on peut juger de la manière dont on surveillerait la marche des épidémies qui se *glissent* dans les contrées de l'extrême Orient ! On peut juger aussi, par là, de l'utilité du service sanitaire européen, et reconnaître aussi avec M. Fauvel l'importance éventuelle des quarantaines pour protéger les populations du littoral méditerranéen.

L'enquête prescrite par le Conseil sanitaire de Constantinople n'est pas inutile, comme le dit avec raison la *Gazette médicale d'Orient* (juin 1882), en présence du diagnostic porté par le médecin indigène, qui « décrit tous les signes de la peste et conclut à une autre maladie. »

Mais, ajoute philosophiquement notre confrère de Constantinople : « Il suffit de savoir « qu'il est persan et que, comme la plupart des Orientaux, il ne doit montrer que le plus petit « bout de l'oreille, et même qu'il doit toujours dissimuler une vérité désagréable à dire. » Les Orientaux, depuis quelque temps, nous font assister à des chinoiseries politiques. C'est là une chinoiserie d'un autre genre ! — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Le parasite de la syphilis, par Aufrecht (de Magdebourg). — L'auteur poursuit depuis longtemps l'étude des germes animés qui existent dans le sang, au cours des maladies infectieuses. Jusqu'à présent il n'avait pu parvenir à différencier les parasites spécifiques correspondant à chacune de ces affections; il a aujourd'hui la conviction d'être arrivé au résultat recherché en ce qui concerne la syphilis.

Les germes virulents spécifiques de la syphilis consisteraient dans des granulations d'un volume assez fort, rarement isolées, le plus souvent accouplées par deux (diplococcus), quelquefois même par trois; ils sont remarquablement colorés par la fuchsine. L'auteur les a rencontrés dans la sérosité qui s'écoule des condylômes après le sang qu'a donné leur incision. A une période avancée de ces accidents, où s'ils ont déjà été soumis à un traitement actif, on ne trouve plus que de rares granulations. (*Med. Central Blatt.*, XIX, 13, 1881.)

La porencéphalie, par le docteur Kundrat (de Graz). — Sous ce nom de porencéphalie, Heschl a déjà décrit un vice de structure du cerveau que Kundrat étudie à nouveau en ajoutant 12 observations personnelles au petit nombre de faits connus dans la science, et dont quelques-uns ont été parfaitement observés par Cruveilhier. Il s'agit de pertes de substance véritables se révélant à la surface du cerveau et pénétrant plus ou moins sa masse, jusqu'à l'épendyme même des ventricules. Longtemps on a considéré cette défectuosité comme congénitale. L'auteur, pour la première fois, en étend la pathogénie aux suites des processus divers de l'hémorrhagie, de la thrombose, de l'embolie et de l'anémie, des traumatismes même, bien que les faits de cet ordre soient bien réellement les plus rares. Indépendamment des symptômes fonctionnels, certaines déformations crâniennes peuvent, sur le vivant, mettre sur la voie du diagnostic. (*Schmidt's jahrbücher*, 1882, n° 1.) — R. L.

FORMULAIRE

Pate contre le furoncle. — Planat.

Extrait de fleurs fraîches d'arnica . . . . 10 grammes.
Miel blanc. . . . . 29 —

Mêlez. — Dans le cas où le mélange serait trop liquide, on y ajouterait de la poudre de lycopode, pour le rendre suffisamment adhésif. — On étend cette pâte en couche suffisamment épaisse, sur un morceau de diachylon, qu'on applique sur le furoncle. On renouvelle le panse-

ment toutes les 24 heures. L'auteur affirme que cet emplâtre fait avorter le furoncle, à n'importe quelle période de son évolution. — N. G.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT du 10 au 15 juillet 1882.

Lundi 10 et mardi 11, pas de thèses.

Mercredi 12. — M. Tourrou : Des plaies non sanglantes; leur réunion immédiate. (Président, M. Verneuil.)

— M. Mirpied : Des ulcères syphilitiques du membre inférieur, et en particulier de l'ulcus elevatum tertiaire. (Président, M. Verneuil.)

— M. de Bricon : Du traitement de l'épilepsie. (Président, M. Charcot.)

— M. Bonnot : Contribution à l'étude de l'hémorrhagie méningée expérimentale avec déductions cliniques. (Président, M. Vulpian.)

— M. Froidure : Contribution à l'étude des manifestations musculaires de la syphilis. (Président, M. Fournier.)

— M. Roux : Du traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle. (Président, M. Bouchardat.)

Jeudi 13. — M. Lhoste : Étude sur les accidents laryngés de l'ataxie locomotrice progressive. (Président, M. G. Sée.)

— M. Ivanichevitch : Étude sur le traitement de l'anus contre nature. (Président, M. Panas.)

— M. Haussmann : Contribution à l'étude du cancer de l'intestin. Étiologie et anatomie pathologique. (Président, M. Duplay.)

— M. Dutertre : De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels. (Président, M. Guyon.)

Vendredi 14. — Pas de thèses.

Samedi 15. — M. Guérin : Contribution à l'étude de l'hydronéphrose calculeux. (Président, M. Peter.)

— M. O'Neil : Des maladies d'origine exclusivement paludéenne observées au Rio Nuñez (Côte occidentale d'Afrique) du 11 août 1866 au 15 novembre 1870. (Président, M. Laboulbène.)

— M. Tisné : De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques. (Président, M. Guyon.)

— M. Duran-Berda : De la fistule anale chez les enfants. (Président, M. Guyon.)

COURRIER

Faculté de mécecine de Paris. — Par décision de M. le doyen en date du 27 de ce mois, les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en série d'après l'ordre de leur inscription. Ceux d'entre eux qui demanderaient, pour des motifs quelconques, que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront s'adresser au doyen de la Faculté.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 10 juillet 1882, à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e Chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Élection de cinq membres correspondants nationaux. — II. Rapport de M. Demange sur la question de secret professionnel posée par M. Mayet. — III. Communication de M. le docteur Carafi. — IV. Communication de M. Lutaud.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-bibliothécaire à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÈGNANTES

PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 mai 1882 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

3° Variole.

Les cas de variole, subissant la loi de l'évolution saisonnière si nettement établie par notre prédécesseur, sont devenus beaucoup plus nombreux que pendant le dernier trimestre de 1881 ; mais, malgré cette exacerbation, la variole a fléchi dans sa courbe multi-annuelle et est restée moins fréquente et moins grave que pendant le trimestre correspondant de l'année 1881 ; le coefficient mortuaire est aussi resté de beaucoup moins élevé, puisqu'il n'a été que de 18 p. 100, au lieu de 24. Il y a donc lieu d'espérer une décroissance pour l'année courante de l'épidémie de variole.

Statistique de la ville.

VARIOLE A PARIS — STATISTIQUE COMPARÉE du 1er trimestre des années 1880, 1881 et 1882, par mois et par arrondissement.	1 Louvre	2 Bourse	3 Temple	4 Hôtel-de-Ville	5 Panthéon	6 Luxembourg	7 Palais-Bourbon	8 Elysée	9 Opéra	10 Saint-Laurent	11 Popincourt	12 Reuilly	13 Gobelins	14 Observatoire	15 Vaugirard	16 Passy	17 Batignolles	18 Montmartre	19 Chaumont	20 Ménilmontant	Totaux mensuels
Premier trimestre 1880.																					
Janvier	»	8	3	28	**43**	10	13	3	3	10	35	24	12	11	7	2	10	14	22	28	386
Février	7	4	12	13	**40**	3	8	4	7	12	28	13	12	6	11	3	11	25	14	25	**288** } 798
Mars	8	4	4	18	22	9	7	2	2	17	**26**	10	15	6	15	5	15	23	9	17	224
Totaux	15	16	19	59	**105**	22	28	9	12	39	89	47	39	23	33	10	36	62	45	70	
Premier trimestre 1881.																					
Janvier	2	2	2	4	1	1	3	»	2	5	16	21	1	4	1	1	5	11	16	12	110
Février	1	6	4	4	7	1	3	»	1	11	22	17	5	3	1	1	1	10	18	16	132 } 356
Mars	3	4	4	2	7	4	1	1	3	11	25	8	4	2	»	1	5	7	17	5	114
Totaux	6	12	10	10	15	6	7	1	6	27	63	46	10	9	2	3	11	28	51	33	
Premier trimestre 1882.																					
Janvier	»	»	1	1	2	2	»	1	**10**	5	**10**	**10**	3	1	1	»	2	9	8	3	**69**
Février	1	»	1	2	3	»	»	»	1	**12**	8	2	2	5	1	»	3	8	2	1	52 } 164
Mars	»	1	1	1	1	»	3	»	2	1	**9**	3	»	»	4	»	»	3	6	8	43
Totaux	1	1	3	4	6	2	3	1	13	18	**27**	15	5	6	6	»	5	20	16	12	

Hopital Saint-Louis. — Service de M. Labadie-Lagrave :

« *Janvier.* — 24 cas de variole, 15 guérisons, 9 morts. — 1 seul malade n'avait pas été vacciné, il succomba pendant la période de suppuration d'une variole confluente ; 2 avaient été revaccinés, tous deux sans succès, l'un quatre ans, l'autre huit ans auparavant ; le premier eut une varioloïde ; le second, une variole cohérente dont il guérit.

7 malades habitaient Paris depuis moins d'un an : 5 avaient été en contact direct avec des varioleux ; 4 habitaient des quartiers devenus foyers d'épidémie ; 1 cas contracté à l'intérieur de l'hôpital.

1 variole hémorrhagique, morte ; 8 confluentes, mortes ; 5 cohérentes, 1 discrète, 9 varioloïdes guéries.

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 25 juin.

Février. — 52 varioles, 42 guérisons, 10 morts.

4 malades non vaccinés, morts; 1 malade non vacciné, 2 de vaccination douteuse, guéris. — 3 malades revaccinés à des époques éloignées, 2 varioloïdes, 1 variole cohérente, 3 malades atteints autrefois de varioloïde et repris de nouveau de varioloïde.

Sur les 10 malades morts, 2 italiens, 1 belge, 1 autrichien, 1 suisse. — 13 malades habitant Paris depuis moins d'un an.

4 varioles hémorrhagiques, 4 morts; 4 confluentes, 4 morts; 13 cohérentes, 2 morts, 11 guérisons; 6 discrètes, 23 varioloïdes guéries.

Mars. — 78 varioleux, 61 guérisons, 17 décès.

4 sujets non vaccinés ou de vaccination douteuse, morts; 2 sujets non vaccinés, 2 de vaccination douteuse, guéris : les premiers, de variole pseudo-confluente; les derniers, de variole cohérente.

1 malade revacciné, il y a six ans, mort; 4 sujets revaccinés, guéris de varioles discrètes ou de varioloïdes.

2 varioles contractées à l'hôpital Saint-Louis; 1 à l'hôpital Lariboisière. 32 malades à Paris depuis moins d'un an (17 italiens, 2 autrichiens, 3 belges, 1 anglaise, 2 alsaciens, 1 suisse, 1 luxembourgeois).

5 varioles hémorrhagiques, 5 morts; 11 confluentes, 2 morts; 2 pseudo-confluentes, 2 guérisons; 17 cohérentes, 16 guérisons, 1 mort; 43 varioles discrètes et varioloïdes, 43 guérisons. »

Hopital Tenon. — Service de M. Huchard (femmes).

« *Janvier* : 3 varioloïdes, 2 guérisons chez des malades vaccinées, non revaccinées.

Février : 1 varioloïde, 1 variole discrète, guéries; 2 cohérentes, 1 mort, 1 guérison; 1 hémorrhagique, morte. Toutes malades vaccinées; la variole discrète, revaccinée en 1870.

Mars : 7 varioloïdes, guéries; 6 varioles discrètes, guéries; 3 cohérentes, mortes; 1 hémorrhagique, guérie, sans suppuration; traitement employé : potion de Todd à l'extrait de quinquina, injections sous-cutanées d'ergotine et d'éther. »

Service de M. Tenneson : « Hommes, 16 lits. Entrées, 30; morts, 6; sortis guéris, 24. (Mortalité, 1 sur 5.)

Vaccinés et non revaccinés, 28; inconnus, 2.

Variole discrète, 20. — Variole cohérente ou confluente, 10. — Variole hémorrhagique, 8. — Cas intérieur, 1.

Pour le premier trimestre de 1881, le total fut 48; la mortalité, 1 pour 6. »

Hôpital Trousseau. — M. Cadet de Gassicourt : « Pendant le premier trimestre, nous avons eu 8 varioles, dont 3 décès. »

4° Érysipèle.

Hôpital Cochin. — M. Bucquoy : « Cette maladie, assez rare ordinairement dans mon service, s'est montrée avec une fréquence inaccoutumée.

Elle m'a paru revêtir le caractère épidémique, ce qui est facile à contrôler par l'examen comparatif des cas observés dans les autres hôpitaux et la statistique de la ville.

Je n'ai pas eu de fait de contagion évident. Plusieurs ont été particulièrement graves, ce qui est exceptionnel pour les cas sporadiques.

Ces jours derniers, parmi les nouveaux malades atteints d'érysipèle de la face, entrés depuis le 1er avril, un a succombé avec des accidents ataxo-adynamiques.

La présence de l'albumine a été constatée deux fois sur 10 cas. Nous n'avons pas rencontré d'endocardite concomitante. »

Hôpital Tenon. — M. Rathery : « 6 hommes et 1 femme; 3 cas contractés dans la salle; 2 décès (érysipèles s'étant déclarés à la période ultime chez 2 malades, l'un cardiaque asystolique et l'autre typhique.) »

IV. — Fièvre typhoïde

La statistique de la ville et celle des hôpitaux permettent de constater une diminution assez notable sur le trimestre correspondant de l'année dernière : en ville, 416 décès, au lieu de 740; dans les hôpitaux, 848 entrées, au lieu de 1288. Le coefficient mortuaire, dans les hôpitaux, s'est un peu abaissé et est descendu de 24 p. 100 à 23 p. 100. Malgré cette atténuation de la dothiénentérie, nous sommes loin d'être encore descendus aux chiffres connus avant l'exacerbation épidémique dont le

début s'est accusé au mois de mars 1879 ; c'est ce que montre clairement le tableau comparatif de la mortalité pendant ces dix dernières années.

1° Statistique de la ville.

Fièvre typhoïde A PARIS (1) — Années 1881 et 1882. Premier trimestre. — Arrondissements, mois, trimestres.	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Popincourt.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	TOTAUX MENSUELS.
Premier trimestre 1881.																					
Janvier	15	9	16	11	8	13	25	4	15	24	34	35	6	3	8	2	8	25	27	9	297
Février	8	3	8	15	16	16	22	15	10	28	22	24	6	1	8	»	8	14	23	9	256
Mars	5	7	7	7	6	7	16	11	6	18	14	9	9	8	11	4	19	6	16	1	187
Totaux	28	19	31	33	30	36	63	30	31	70	70	68	21	12	27	6	35	45	66	19	740
Premier trimestre 1882.																					
Janvier	4	5	4	9	6	12	5	4	9	3	8	7	7	4	2	4	14	11	8	4	130
Février	5	8	3	4	9	8	7	4	6	8	7	5	3	6	8	»	11	9	8	3	122
Mars	4	10	2	10	10	9	13	5	15	10	10	8	6	5	3	3	11	12	9	9	164
Totaux	13	23	9	23	25	29	25	13	30	21	25	20	16	15	13	7	36	32	25	16	416

(1) Il faut ajouter pour les décès de « domiciliés hors Paris » 9 en janvier, 14 en février et 21 en mars.

Fièvre typhoïde à Paris — Mortalité comparée de 1873-1882. — Premier trimestre de chaque année.	ANNÉES 1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
Janvier	84	51	55	94	141	78	84	137	297	130
Février	80	48	66	54	118	49	92	333	256	122
Mars	76	43	62	68	102	55	143	274	187	164
Totaux trimestriels	240	142	183	216	361	177	319	744	740	416

2° Statistique des hôpitaux.

Fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. — Morbidité et mortalité, âge, sexe.	MOUVEMENT (1) H.	F.	G.	F.	DÉCÈS H.	F.	G.	F.	TOTAUX Mensuels Mouv.	Décès	Trimestriels Mouv	Décès	Prop. p. 100
Premier trimestre 1881.													
Janvier	217	131	22	22	67	44	1	5	392	117			
Février	267	165	38	24	71	40	6	6	494	125	1288	315	24
Mars	220	127	27	28	39	25	3	8	402	73			
Totaux	704	423	77	74	177	109	10	19	1288	315			
Année 1882. — Ier trim.													
Janvier	165	83	23	24	31	17	4	2	295	54			
Février	120	78	21	26	37	20	4	4	245	65	848	200	23
Mars	165	99	20	24	46	26	4	5	308	81			
Totaux	450	260	64	74	114	63	12	11	848	200			

(1) H. F. G. F. abrév. pour hommes, femmes, garçons, filles.

HÔPITAL COCHIN. — Service de M. Bucquoy : « Je signalerai le nombre assez considérable de fièvres typhoïdes observées pendant le dernier trimestre. C'est la suite de l'épidémie de l'automne dernier, la maladie s'est montrée avec les mêmes caractères qu'à la fin de 1881, c'est-à-dire affectant une marche assez régulière, ne présentant pas une forme spéciale, et, dans la grande majorité des cas, assez bénigne.

Plusieurs ont fait cependant exception, car nous comptons 3 décès sur les 15 malades que nous avons eu à traiter dans ces trois mois. Tous les 3 ont eu, et ce sont les seuls, de l'albuminurie en proportion notable pendant une partie de la durée de la maladie (néphrite infectieuse).

Malgré la quantité considérable d'affections pulmonaires observées à la même époque, nous n'avons pas remarqué que les complications du côté des voies respiratoires fussent plus fréquentes dans nos fièvres typhoïdes. »

HÔPITAL BEAUJON. — Service de M. Gombault; M. Gingeot, suppléant : « Pendant le premier trimestre de cette année, 28 fièvres typhoïdes ont été traitées dans le service. Sur ce nombre, il y a eu 27 guérisons et 1 seul décès, proportion évidemment très heureuse et dont je n'entends pas me faire particulièrement honneur, mon traitement ayant été à peu près celui que tout le monde emploie. La plupart des cas ont été graves et rentraient dans la forme adynamique. L'alcool, les préparations phéniquées, les affusions froides, ont été les principaux moyens thérapeutiques mis en usage. Des 28 patients, 5 seulement appartenaient au sexe féminin; l'unique décédé était un homme. »

HÔPITAL TENON. — M. Rathery : « Les cas de fièvres typhoïdes, peu nombreux au commencement du trimestre, ont augmenté dans une forte proportion dans le courant de mars : 19 cas, dont 6 femmes et 13 hommes.

4 décès (3 hommes), deux formes thoraciques; le troisième avec des accidents terminaux de méningite (1 femme), morte avec complication d'érysipèle de la face ; 9 sortis guéris.

6 actuellement dans les salles en traitement, la plupart en voie de guérison.

Signalons, comme complication, un cas d'hémorrhagie intestinale le quinzième jour. La malade est actuellement dans un état satisfaisant. »

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Service de M. Labric : « Il y a eu 6 cas; 3 sont morts, âgés de 8 ans, 11 ans 1/2, 12 ans 1/2; 2 avaient eu une forme adynamique dès le début, et la mort est survenue à la fin des troisième et quatrième semaines. Le troisième a succombé au dixième jour de sa maladie avec des symptômes de congestion cérébrale.

Des 3 qui ont guéri, l'un, âgé de 9 ans 1/2, a eu une forme grave avec tendance à l'adynamie; pendant sa convalescence, il eut de l'otite bilatérale et un abcès mastoïdien. »

Service de M. Archambault : « Dans la salle de garçons, 8 cas dont 7 guérisons. Dans le huitième cas, il s'agit d'une fièvre typhoïde grave dont la terminaison a été accélérée par une scarlatine qui a pris dès l'abord un caractère de malignité extrême.

Dans la salle de filles, 8 cas dont 6 guérisons sans complications; dans un autre cas, une angine diphthéritique intercurrente avec croup guéri par les moyens médicaux n'a fait que retarder la convalescence; dans le huitième, il s'agit d'une fille de 13 ans atteinte de fièvre typhoïde bénigne qui, au début de la convalescence, s'est compliquée d'angine diphthéritique, puis de croup; la trachéotomie a été pratiquée et l'enfant est morte par intoxication diphthéritique.

Une enfant de 12 ans, entrée à la fin de décembre, est morte au mois de janvier de fièvre typhoïde ataxique.

Les rechutes ont été fréquentes (plus du tiers des cas). La fièvre typhoïde, comme cela est la règle chez les enfants, a été généralement très bénigne; dans plusieurs cas même, s'il n'était apparu des taches rosées, on aurait pu croire à un simple embarras gastrique ; la constipation du début s'est souvent prolongée jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Les phénomènes thoraciques ont été très peu accusés en général, mais, dans 3 cas, il est survenu pendant la convalescence des pneumonies franches à résolution rapide.

Les entrées se répartissent de la façon suivante : 7 en janvier, 2 en février, 7 en mars. »

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. Bergeron : « La fièvre typhoïde a été particulièrement fréquente et grave pendant le premier trimestre de 1882; 40 cas dont 28 chez les filles et 12 chez les garçons. La proportion des décès a été tout à fait insolite : 9 sur 40 ou près de 25 p. 100, ce que je n'avais jamais vu à l'hôpital; 6 filles et 3 garçons. Des 9 décès, 7 sont dus à des complications pulmonaires : *pneumonie double* ou *pneumonie unilatérale*. Sur les 9 enfants morts, 8 étaient âgés de plus de 11 ans, 1 seul avait moins de 10 ans et constitue ainsi une nou-

velle et rare exception à ce que l'on peut donner comme une règle presque absolue, à savoir qu'au-dessous de 10 ans, on ne meurt pas de fièvre typhoïde. »

M. Cadet de Gassicourt : « La fièvre typhoïde nous a donné, en janvier, 6 cas, 4 guérisons, 2 morts; février, 7 cas, 7 guérisons; mars, 8 cas, 7 guérisons, 1 mort. »

V. — Coqueluche.

Hôpital Trousseau. — M. Bergeron : « La coqueluche a été très rare, car les deux seuls cas venus du dehors n'ont été observés qu'en mars; mais depuis ces deux entrées, un cas s'est déclaré dans la même salle et il s'en produira d'autres, à coup sûr; aussi ai-je demandé au Directeur général de vouloir bien prendre des mesures pour isoler les coqueluches de même, et mieux si faire se peut, que les rougeoles et les scarlatines. »

M. Cadet de Gassicourt. — « La coqueluche nous a fourni 2 décès par diphthérie secondaire, sur 4 cas que nous avons observés pendant ce premier trimestre. »

VI. — Rhumatisme.

Hôpital Cochin. — M. Bucquoy : « Les cas de rhumatisme ont été beaucoup plus nombreux qu'ils ne sont ordinairement à cette époque de l'année. Il n'est pas douteux que les conditions particulières dans lesquelles nous nous sommes trouvés cet hiver, au point de vue de la température, n'aient influé sur leur plus grande fréquence que j'observe ordinairement à Cochin, au printemps.

Les rhumatismes articulaires ont été, en général, médiocrement intenses comme acuité, mais assez généralisés et plus rebelles qu'à l'ordinaire à l'action du salicylate de soude. Les rechutes ont été fréquentes et les complications cardiaques rares et de peu de gravité.

Un cas seulement nous a offert les manifestations endo-péricardiques et pleuro-pulmonaires les plus intenses. La terminaison a été favorable. »

Hôpital Trousseau. — M. Bergeron : « 6 cas. Il n'y a pas un seul de ces rhumatisants qui n'ait présenté des complications d'endocardite, d'endo-péricardite ou de pleurésie. Un seul a succombé ; il avait une endo-péricardite avec pleurésie double et semblait en voie d'amélioration, la courbe de température s'était abaissée, lorsqu'il a été pris de chorée suraiguë; puis, au cinquième jour de cette chorée, il est mort presque subitement, en état de syncope, probablement par suite de la symphise cardiaque qui avait suivi la péricardite. »

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

Du vaccin de génisse, étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain, par le docteur Ciaudo. — A. Delahaye, 1882.

Voici une excellente brochure, que l'Académie a récompensée d'une médaille d'or en 1879, et qui contient une étude fort sérieuse de cette question toujours pleine d'actualité.

Chargé par la municipalité de Nice, au commencement de l'année 1877, de la direction d'un Bureau central de vaccination, M. le docteur Ciaudo a mis à profit, avec un zèle remarquable, les 3,015 vaccinations qu'il a pratiquées, dont 1,244 avec le cow-pox, et dans ce mémoire il analyse les faits qui ont passé sous ses yeux et développe les idées pratiques qu'ils ont fait naître. Une étude de tous les jours et de tous les instants a fini par le convaincre « de la supériorité réelle de la vaccination animale, lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions. »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans son exposé de l'origine du vaccin animal, de son mode d'évolution, de ses degrés de virulence. Nous laisserons de côté, ne pouvant tout mettre en lumière, les procédés de vaccination de la génisse, la conservation du vaccin, etc. Mais, dans le chapitre où il est question de la vaccination de l'homme avec le cow-pox, nous devons noter la préférence que l'auteur accorde au procédé des *scarifications* sur le procédé des *piqûres*. Il pratique les scarifications avec la lancette ou avec le vaccinateur-tréphine de Warlomont, et les inocule à l'aide d'un râcloir dont on a frotté avec une certaine force la surface de la pustule, et qui se trouve ainsi chargé de *détritus*. Le procédé des piqûres est, dit-il, un procédé défectueux en vaccination animale. Il est à remarquer aussi que la statistique des vaccinations et revaccinations qu'il nous présente repose uniquement sur cette méthode des scarifications, dite *méthode napolitaine*, car c'est à Naples qu'elle a pris naissance,

et employée maintenant dans tous les grands centres de vaccination animale d'Italie, Rome, Turin, Milan et Bologne.

Le chapitre intitulé : *Parallèle entre la vaccine animale et la vaccine humaine*, contient, dans une série de tableaux soigneusement colligés, les statistiques faites surtout en Italie, sur les différences que présentent les deux systèmes comme préservatifs de la variole. L'auteur y résume ainsi sa pensée : « Les avantages du vaccin animal sur le vaccin humain sont nombreux et sérieux... Je viens de démontrer qu'avec le vaccin animal on a un nombre au moins égal de succès pour les vaccinations, et un nombre sensiblement supérieur pour les revaccinations. Le réaction locale et générale est plus accentuée que dans la vaccination humaine; sa vertu préservatrice est de beaucoup supérieure...; la quantité de cow-pox que fournit le système d'inoculations successives des génisses est considérable, et répond aux exigences du service le plus important; le cow-pox est inoffensif et met à l'abri de la syphilis vaccinale, qui est le déplorable apanage de l'espèce humaine. »

Dans le dernier chapitre sont consignés : les cas réfractaires, les préjugés contre la vaccine, les cas de vaccine et de variole évoluant ensemble. Enfin vient un plaidoyer très pressant pour la vaccination obligatoire, où sont exposées des idées que nous croyons fort justes et que nous avons eu récemment l'occasion de défendre dans l'Union Médicale. L'auteur réclame pour nous les mesures législatives qui sont depuis longtemps appliquées à l'étranger, il touche l'argument de « la liberté du père de famille », et reproduit partiellement un discours où M. Manayra, médecin-major général de l'armée italienne, examine « si en médecine publique l'amour propre mal entendu d'un seul, l'esprit de liberté et d'indépendance individuelle doivent prévaloir sur les intérêts et sur le bien être de tous, que la loi doit principalement viser, selon la maxime : *Salus reipublicæ suprema lex esto.* » — L.-G. R.

Etude sur la syphilis pulmonaire, par M. le docteur G. Carlier. Paris, 1882; Delahaye e Lecrosnier.

Les pneumopathies syphilitiques sont depuis plusieurs années l'objet de recherches cliniques. Ces travaux confirment plus ou moins les divisions anatomo-pathologiques et cliniques, admises par M. le docteur Fournier. Il en est de même de la thèse actuelle, dans laquelle se trouve une exposition complète de l'état actuel de la question, mais non la solution des points encore litigieux, tels par exemple que l'existence d'une affection pulmonaire spécifique pendant la deuxième période de la syphilis. — Ch. E.

Etude sur les souffles du rétrécissement et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire par le docteur G. Vimont. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1882.

Le mémoire de M. le docteur Vimont a pour élément principal, l'analyse de cinquante-deux cas de rétrécissement ou d'insuffisance de l'artère pulmonaire, dont les observations étaient disséminées dans les périodiques français et étrangers. Appuyé sur ces documents, l'auteur a donc pu établir la symptomatologie et le diagnostic de cette maladie souvent méconnue pendant la vie, et cependant assez fréquente.

Le souffle est un signe constant de ces lésions. Dans le rétrécissement, il est situé à la base et possède son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche à un, deux ou trois centimètres du bord gauche du sternum. Il est systolique et prolongé; son timbre est râpeux et se propage suivant le trajet de l'artère pulmonaire, mais sans atteindre la clavicule. Relativement à l'insuffisance, le nombre des observations est très peu considérable, et de plus l'existence même de cette lésion étant contestée, l'auteur ne pouvait pas en décrire les symptômes qui, d'ailleurs, ne sont guère faciles à reconnaître, si tant est qu'il soit possible de le faire.

Au point de vue du diagnostic, le docteur Vimont démontre la possibilité de distinguer l'insuffisance pulmonaire de l'insuffisance aortique; le souffle pulmonaire s'étend le long du sternum jusqu'au quatrième espace intercostal, et jamais ne se propage dans le sens du courant sanguin aortique, ni dans les gros vaisseaux du cou. Néanmoins, avant de renoncer au scepticisme de Slokes, relativement à la possibilité de ce diagnostic, il faut préalablement éliminer toutes les maladies du cœur gauche et de l'aorte. Le mémoire du docteur Vimont est donc entièrement écrit au point de vue clinique. Si les conclusions de l'auteur ne sont pas acceptées de tous les médecins, comme définitives au sujet des maladies du cœur droit; elles ne contribueront pas moins, dans l'avenir, à la solution de ces points si obscurs de la pathologie cardiaque. — Ch. E.

Notes de clinique médicale, par le docteur Henrot (de Reims); Reims, 1881.

Chaque année, le docteur Henrot réunit en brochure les faits les plus saillants qui ont été

observés pendant l'année dans son service hospitalier. Une observation de goître vasculo-kystique, traitée avec succès par la méthode électrolytique ; un cas de hernie diaphragmatique du côté gauche, et enfin, un autre cas d'hémoglobinurie font le sujet de cette brochure. Ces observations ont d'ailleurs été publiées par l'*Union scientifique du Nord-Est* dans le courant de l'année 1881. — Ch. E.

Fièvre intermittente et glycosurie, par le docteur Ravel, de Clermont (Oise); 1882, Doin.

La question de la glycosurie dans l'impaludisme est une question à l'ordre du jour, à la solution de laquelle le docteur Ravel contribue en donnant un résumé historique des opinions des anciens auteurs sur ce sujet. C'est donc une étude historique qui, si elle ne contient pas de révélations, a du moins l'avantage de montrer que la question n'est pas nouvelle. Brochure d'une lecture attrayante et riche en documents bibliographiques ; l'opuscule du docteur Ravel est donc utile à consulter. — Ch. E.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène, pour 1882, par M. le docteur Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1882. —Germer-Baillière.

L'annuaire de M. le professeur Bouchardat est un ouvrage dont la réputation n'est plus à faire. Comme les précédentes, l'édition, pour l'année 1882, contient des renseignements et des indications sur les médicaments nouveaux ou sur ceux qui ont été étudiés durant l'année 1881. Ce petit livre est donc utile à ceux qui font usage des nouveaux agents médicamenteux puissants que chaque année la matière médicale contemporaine met à leur disposition.

Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances des 22 février et 22 mars 1882. — Présidence de M. Donadieu.

Sommaire. — Correspondance. — Nomination de trois membres titulaires. — Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques. — Discussion sur l'emploi de la pilocarpine. — Rhumatisme cérébral. Discussion.

La correspondance manuscrite comprend deux lettres de candidature, l'une de M. le docteur Peyrot, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux; l'autre de M. le docteur Paulin.

Le premier envoie à l'appui de sa candidature sa thèse de concours pour l'agrégation, intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale* (com. MM. Rougon, Collineau et Thorens, rapporteur); le second un travail sur les paralysies consécutives à la fièvre typhoïde (com. MM. Raveau, Finot et Vosy, rapporteur).

La correspondance imprimée comprend : 1° un travail de M. le docteur Hermet sur les bourdonnements d'oreilles; 2° les *Bulletins* de la Société de médecine d'Angers ; 3° deux numéros de la *Revue médicale française et étrangère*, du *Bulletin médical du Nord*, de la *Revue médicale de Toulouse*.

—

MM. Gandil, Garrigou-Desarènes et Delefosse font successivement les rapports dont ils étaient chargés sur les candidatures de MM. Lutaud, Gellé et Tripet.

Les conclusions favorables des rapporteurs ayant été adoptées, MM. Lutaud, Gellé et Tripet sont élus membres titulaires.

—

M. le docteur Cyr lit un travail ayant pour titre : *Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques.* (Voir l'Union Médicale du 11 mai 1882.)

—

M. Dehenne, revenant sur la communication faite dans la précédente séance, s'exprime en ces termes :

J'ai écouté avec d'autant plus d'intérêt la communication de M. Archambault que, moi-même, j'ai pratiqué depuis deux ans une grande quantité d'injections de pilocarpine, et avec grand succès, pour des affections oculaires. Je me propose de soumettre incessamment à la Société médico-pratique le résultat de mes recherches. La conclusion à laquelle je suis arrivé jusqu'à présent est que, dans toutes les maladies *exsudatives* de l'œil, la pilocarpine rend de grands services, tandis qu'au contraire elle est absolument inefficace dans les affec-

tions qui n'entraînent pas avec elles la production d'exsudats. Dans les chorio-rétinites (spécifiques et autres), dans les choroïdites exsudatives pures, dans les scléro-choroïdites accompagnées d'exsudats choroïdiens, dans les troubles du corps vitré, etc., la pilocarpine enraye la marche de la maladie, résorbe les produits néoplasiques, et l'on voit assez rapidement l'acuité visuelle monter. Au contraire, dans les décollements de la rétine, malgré l'opinion de M. Dianoux, dans les atrophies de la papille (atrophies d'emblée ou atrophies post-névritiques), je n'ai rien obtenu de la pilocarpine. J'emploie la solution de nitrate de pilocarpine (2 centigrammes par gramme d'eau distillée). Je commence par 2 centigrammes pour aller jusqu'à 3, 4 et 5 centigrammes par jour chez des adultes vigoureux. Jamais je n'ai eu d'accidents.

M. Boucheron : J'ajouterai un mot aux remarques intéressantes de M. Dehenne. L'emploi de la pilocarpine, d'après mes observations personnelles, m'a paru avantageux surtout chez les sujets affectés d'uricémie, parce qu'elle favorise à un haut degré l'élimination de l'acide urique dont j'ai pu constater la présence dans la salive, dans le mucus bronchique, dans le mucus gastrique, dans la sueur, etc. C'est dans la salive que la présence de l'acide urique offre le plus d'importance parce qu'à l'état normal on n'y en trouve jamais. La pilocarpine est donc un réactif thérapeutique assez précieux au point de vue de la nature arthritique ou herpétique des affections oculaires.

Ce qui fait qu'on n'a pas toujours trouvé l'acide urique dans des humeurs qui en contenaient, c'est qu'on les a traitées comme on traite l'urine. Mais il ne faut pas oublier que la mucine gêne la réaction de l'acide chlorhydrique ou nitrique. Il vaut mieux utiliser la réaction de l'ammoniaque sur l'acide urique qui produit la murexide avec sa couleur pourpre caractéristique. On peut ainsi déceler des quantités très faibles d'acide urique dans la salive et autres humeurs de l'organisme.

M. Thorens : Ce qui explique en partie le mauvais résultat de la pilocarpine dans les observations de M. Archambault, c'est que tous les enfants qui ont été soumis à ce médicament étaient albuminuriques. J'ai eu l'occasion d'employer le jaborandi chez deux adultes albuminuriques, et j'ai observé chez ces malades des effets déprimants tels que j'ai renoncé depuis à cet agent thérapeutique.

M. Julliard : A propos des doses en général qu'on prescrit *par jour*, il serait à désirer que le médecin précisât s'il entend que la quantité prescrite soit prise dans les douze ou dans les vingt-quatre heures. On est loin de s'entendre là-dessus, et la question prend beaucoup d'importance quand il s'agit de médicaments très énergiques.

M. Rougon : J'ai observé un goutteux qui, sur le conseil d'un ami, prit une certaine dose de jaborandi. L'ingestion du médicament produisit un sialorrhée des plus abondantes, une irritation consécutive de pharynx assez intense et une dépression très marquée. Les douleurs goutteuses se sont atténuées chez ce malade; mais il a été atteint ultérieurement de névralgie de la cinquième paire.

M. Archambault : Puisqu'il est question de goutte, je dirai qu'à l'occasion d'une manifestation goutteuse dans l'œil, j'ai pris un jour 4 grammes de jaborandi en infusion et j'ai eu une sialorrhée des plus intenses qu'on puisse imaginer, mais pas la moindre transpiration. A la suite de cette sialorrhée, j'ai été pendant deux mois sous le coup d'une dépression considérable.

Pour répondre à M. Julliard, je dirai qu'on faisait chez ces enfants trois injections par jour, le matin, à midi et le soir, par conséquent dans les douze heures.

A propos de la remarque de M. Thorens, je rappellerai que l'albuminurie est la règle chez les diphthéritiques et je crois être le premier à l'avoir constaté. En apparence, l'albuminurie est la même chez les diphthéritiques et chez les scarlatineux : cependant, les premiers n'ont jamais de sang dans les urines et ne présentent pas d'anasarque, tandis que l'hématurie et l'anasarque sont fréquentes chez les scarlatineux. Ce que ces deux catégories de malades ont de commun, c'est qu'ils meurent d'urémie, comme les éclamptiques. Aussi Latham qui s'est beaucoup occupé de la question fait-il remarquer très justement qu'on sauverait plus de diphtéritiques si on pouvait les faire uriner davantage.

M. Mathelin : En présence de l'engouement qui s'est manifesté pour la pilocarpine, je crois qu'il est très utile de faire connaître les cas où ce médicament n'a pas eu un résultat favorable. Pour ma part, ce que j'ai constaté dans cette substance, c'est une grande variabilité d'action. J'ai employé la pilocarpine chez un enfant diphtéritique qui était albuminurique et que M. Archambault a vu en consultation : mais il se produisit des accidents de dépression tels que je fus obligé d'avoir recours à une injection d'éther. D'autre part, chez une femme atteinte de goutte et qui avait été inutilement soumise à une foule de médications, j'ai

essayé l'infusion de jaborandi. Dès la première tasse prise, elle a rendu une expectoration des plus abondantes, mais sans transpiration ni presque de sialorrhée. Consécutivement, elle s'est trouvée notablement soulagée. Je connais un confrère russe atteint de rhumatisme avec accidents spinaux. Ayant remarqué qu'une recrudescence violente des douleurs, dont il était atteint, paraissait coïncider avec une diminution très sensible de la transpiration, je lui conseillai des injections de pilocarpine qui furent suivies d'atténuation très marquée des douleurs. Ces faits semblent donc prouver que le jaborandi est un médicament assez capricieux.

M. Boucheron : On a parlé tout à l'heure de goutteux qui ne se seraient pas très bien trouvés de la pilocarpine. D'après ce que j'ai vu, ce serait dans l'uricémie plutôt que dans la goutte qu'on aurait de bons effets de cette préparation. A propos de ce médicament, je signalerai en passant que chez deux malades, il a manifestement déterminé le sommeil.

M. Rougon : Je n'ai pas voulu parler des mauvais effets de la pilocarpine en général, mais seulement d'un effet particulier observé dans un cas.

—

M. Vosy lit ensuite l'observation suivante :

Il y a quelques mois, j'étais appelé, en hâte, dans la nuit, auprès d'un homme de 32 ans, qui, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, sans réaction fébrile exagérée, sans complications viscérales d'aucune sorte, sans intervention thérapeutique perturbatrice quelconque, était atteint, depuis plusieurs heures, d'accidents cérébraux dont la gravité, sans cesse croissante, décidait enfin l'entourage à me faire demander.

Quand j'arrivai auprès du malade, sa température axillaire était de 41°8, il était dans le coma, coma succédant à un délire actif, d'une violence excessive, qui avait duré une partie de la nuit ; ses membres, baignés de sueur, étaient agités de soubresauts convulsifs et il succombait sous mes yeux pendant qu'on préparait le bain que j'avais eu tant de peine à obtenir de la famille.

En regard de ce cas malheureux, où toute intervention a été impossible, en raison de la quiétude incompréhensible de l'entourage en présence d'accidents aussi formidables, permettez-moi de placer le résumé d'une seconde observation plus récente, où, sous l'influence de la méthode réfrigérante, employée à temps, j'ai eu la satisfaction de voir guérir un malade, atteint dans les mêmes conditions des mêmes accidents cérébraux graves.

M. X... a trente ans; il est robuste, quoique de constitution et d'origine arthritiques. Il en est à sa première attaque de rhumatisme, qui s'est présentée d'abord avec des allures bénignes. La maladie, commencée le 8 juin, n'offre rien de particulier jusqu'au 20 du même mois. Réaction fébrile moyenne, fonctionnement normal des reins, rien au cœur ; douleurs modérées sous l'influence du salicylate de soude, à la dose de 4 grammes par jour, en quatre fois, pendant les six premiers jours. Je passe sur les détails peu intéressants de l'observation jusqu'à cette date.

Ce jour-là, le douzième du début de la maladie, je suis prévenu, le matin, que le malade a passé une nuit mauvaise. Il est agité, il n'a pu dormir, bien qu'il tombe de sommeil; il supplie qu'on le fasse dormir. Température 39°5. Je prescris une potion bromurée qu'on administre d'heure en heure.

A midi, le malade est en proie à un délire hypochondriaque, caractérisé par des pressentiments sinistres et des idées de mort; il réclame sa potion, répétant sans cesse qu'il mourra s'il ne la prend exactement au moment prescrit ; il se plaint de la persistance de son insomnie, et appelle toujours le sommeil. Tout son corps est agité de tremblements et de soubresauts. Douleurs et fluxion articulaires supprimées complètement; sueurs profuses; température 40°.

Deux heures plus tard, ces phénomènes sont portés à leur summum; abolition presque totale du sentiment et de la sensibilité, trépidation musculaire générale, marmottement inintelligible, extrémités cyanosées; température 41°. Je ne crois pas pouvoir attendre plus longtemps le médecin consultant dont j'ai demandé l'avis, et je fais placer le malade dans un bain à 25° dont on abaisse progressivement la température jusqu'à 18°.

Au bout d'une demi-heure, le malade revient à lui, son visage s'anime, le tremblement diminue, sa température est descendue à 38°5. Replacé dans son lit, il se plaint du froid, sa température baisse encore de 5 dixièmes, et malgré certain vague dans les idées, qui dure encore près de vingt-quatre heures, le délire ne reparaît plus.

Le lendemain, les tremblements ont disparu ; le malade a goûté quelques heures de sommeil, les mains sont gonflées et endolories. Le rhumatisme avait repris ses droits.

A partir de ce moment, la maladie a, pour ainsi dire, recommencé sur de nouveaux frais; toutes les grandes articulations ont successivement été envahies, le péricarde a été touché

sans que la température dépassât jamais 39°5, sans qu'il se manifestât le moindre trouble cérébral,

Aujourd'hui, M. X... est complètement rétabli.

Les conséquences pratiques de cette courte description, celles que, malgré leur banalité je tiens à souligner et que je garde comme conclusions, se dégagent natuellement de la comparaison des deux faits :

Nécessité, pour le médecin, de ne pas perdre de vue un instant le rhumatisant atteint de délire avec hyperthermie;

Danger de la temporisation en présence de ces accidents.

DISCUSSION

M. Ed. MICHEL : J'ai observé l'an dernier, avec le docteur Bloch et le docteur Lorne, un cas assez analogue. C'était chez un alcoolique. Il avait un rhumatisme de l'articulation tibio-tarsienne, c'était du moins la dernière articulation prise. Il allait du reste assez bien, lorsqu'un jour il fut pris assez subitement d'accidents cérébraux très graves. Je proposai les bains froids, qu'on finit par faire accepter par la famille du malade malgré ses craintes. La guérison s'opéra relativement vite.

M. LABARRAQUE père : Il me paraît intéressant d'insister sur ce fait assez remarquable que les accidents cérébraux surviennent souvent dans une période d'accalmie apparente. Il y a vingt-cinq ans environ, à une époque où on ne connaissait ni la méthode réfrigérante, ni les salicylates, je fus appelé auprès d'un rhumatisant, un maître menuisier d'une cinquantaine d'années. Le rhumatisme était très violent. Un jour, on me dit, à ma visite, que les douleurs avaient disparu, ce qui mettait en joie l'entourage. Mais comme le pouls restait très fréquent et la température très élevée (autant que la main pouvait l'apprécier), je fis mes réserves et déclarai que son état était toujours sérieux. Le lendemain matin, il était mort. Peut-être aurait-on sauvé ce malade avec la méthode réfrigérante. Néanmoins, il faut compter avec les préventions des gens du monde pour un moyen qui a quelque chose de violent en apparence, et ne pas oublier que si le malade vient à succomber, on ne manquera jamais d'incriminer la méthode. Aussi convient-il dans ces cas d'appeler toujours des consultants.

M. ROUGON : Depuis les travaux de M. Raynaud, de Féréol, de Woillez, sur la question des bains froids dans le rhumatisme cérébral, les faits de guérison se sont multipliés et, aujourd'hui, ce ne sont plus quelques faits isolés qu'on peut faire valoir, mais un nombre relativement considérable. Aussi est-on à peu près revenu de la prévention qui avait tout d'abord accueilli cette méthode. On est également un peu revenu de l'idée que c'est le sulfate de quinine qui produit la détermination cérébrale du rhumatisme, car on a vu cette détermination se manifester avec la plupart des médications.

M. E. MICHEL : On a vu cette complication ou cette détermination avec la plupart des traitements suivis et je l'ai, pour ma part, observé dans un cas traité par le bicarbonate de soude.

M. MATHELIN : Je demanderai quel est le moyen pratique qui indique à quel moment on doit retirer le malade du bain. J'ai observé, au Gros-Caillou, des fièvres typhoïdes traitées par les bains froids et nous avons noté que l'abaissement de la température obtenue par le bain ne durait que quatre à cinq heures. On ne retirait les malades du bain que lorsqu'il y avait frisson.

M. VOSY : Dans mon cas, on s'est guidé sur la température; mon malade a été laissé trois quarts d'heure dans le bain.

M. MATHELIN : Brandt recommande de retirer le malade dès qu'il y a frisson, ce qui varie beaucoup suivant les sujets. Les uns ont le frisson au bout de dix minutes, d'autres au bout d'un quart d'heure. Dans les cas de fièvre typhoïde dont je parlais tout à l'heure, on était obligé de recommencer les bains trois ou quatre fois par jour pour arriver à conserver l'abaissement de température.

M. CHATEAU : Je rappellerai que la méthode dite de Brandt avait déjà été mise en pratique par Trousseau.

M. ROUGON : Ceux qui ont employé les bains froids dans la fièvre typhoïde n'y ont pas eu recours indistinctement, mais bien dans des cas parfaitement déterminés. Ce n'est donc pas une méthode générale de traitement. Aujourd'hui on tend à les remplacer par les affusions froides qui sont également un bon moyen antithermique et agissent de la même manière, sans compter qu'on a infiniment moins de peine à les faire accepter que les bains froids. Néan-

moins, quand il y a urgence à employer ces derniers, comme dans le rhumatisme cérébral, il faut s'attacher à vaincre toutes les résistances que l'on peut rencontrer.

M. MATHELIN : Un de nos collègues a contesté tout à l'heure la paternité de Brandt pour l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde. Il faut admettre cependant qu'il l'a en quelque sorte créée si l'on considère dans quelles conditions et sur quelle large échelle il a fait ses essais. Avec lui, la température des bains n'était plus de 25°, mais bien de 18° et même de 14°. Quant à ses résultats, ils sont discutables comme le sont tous les traitements de la fièvre typhoïde qui doivent varier suivant les cas. Il n'en est plus de même pour le rhumatisme cérébral ; la mort survient toujours si on n'agit pas ; or, avec les bains froids, on sauve quelquefois le malade ; donc la chose est jugée.

M. ROUGON : Dans la fièvre jaune, M. Amic, médecin de la marine, faisait mettre ses malades dans des bains froids, complètement froids. Le résultat a été parfois heureux ; seulement il serait impossible d'affirmer qu'il était dû à l'emploi de ce moyen.

VARIÉTÉS

PROJET D'ORGANISATION DE LA PROFESSION DE DENTISTE.

Dans une de ses dernières séances, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a voté, sur le rapport de M. Léon Le Fort, un projet d'organisation de la profession de dentiste.

Voici le texte de ce document :

ARTICLE PREMIER. — A partir du 1er janvier 18.., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu d'un diplôme français conférant le droit d'exercer la médecine, ou du diplôme spécial de dentiste.

Conditions d'études.

ART. 2. — Les aspirants au diplôme spécial de dentiste doivent :

1° Se faire inscrire auprès d'une Faculté ou d'une École de médecine ;

2° Produire, en s'inscrivant, un certificat de grammaire ou un diplôme d'études de l'enseignement secondaire spécial ;

3° Suivre pendant deux années, auprès d'une Faculté ou d'une École de médecine, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe ;

4° Remplir, pendant deux semestres, les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie ;

5° Accomplir deux années de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie. Le début du stage, qui ne peut commencer qu'à l'expiration des deux années d'études prescrites par le paragraphe 3, est établi par l'inscription du candidat sur un registre spécial, soit dans une Faculté, soit dans une École de médecine. Tout changement dans le lieu où l'élève fait le stage devra être précédé d'une déclaration auprès de la Faculté ou de l'École et consigné sur le registre d'inscription.

Conditions d'examen.

ART. 3. — Les examens sont subis à la fin des deux années de stage.

ART. 4. — Les épreuves de l'examen sont au nombre de trois :

1° *Une épreuve orale* sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances ; sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et thérapeutique au point de vue spécial des maladies de la bouche ;

2° *Une épreuve clinique* sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger, sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner ;

3° *Une épreuve pratique,* consistant en opérations faites sur le vivant, sur le cadavre ou sur le squelette ; extraction, obturation des dents, etc., et, de plus, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, avec application de cet appareil. A la suite de cette épreuve, le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie dans leurs applications avec l'art du dentiste.

ART. 5. — Le diplôme spécial ne peut être conféré qu'à des candidats ayant atteint l'âge de vingt-cinq ans.

ART. 6. — Chaque jury d'examen est composé d'un professeur de Faculté, président; d'un agrégé et d'un dentiste pourvu du diplôme spécial ou de celui de docteur en médecine, nommés chaque année par le ministre de l'Instruction publique.

ART. 7. — Les étrangers, quels que soient leurs titres, qui désireront pratiquer en France la profession de dentiste, seront soumis aux conditions exigées des nationaux. Toutefois, le ministre, sur l'examen de leurs titres, et après avis du comité consultatif, pourra les dispenser des formalités de stage et d'inscription établies par l'art. 2.

ART. 8. — La liste officielle des dentistes ayant droit de pratique légale en France sera publiée chaque année par les soins de l'administration supérieure.

Dispositions transitoires. — Les dentistes français pouvant, par des pièces officielles, telles que la patente, établir qu'ils exercent leur profession en France depuis dix ans au moins, sont de droit admis à la pratique légale.

Le droit pourra être conféré par le ministre, après avis du comité consultatif, aux dentistes étrangers, exerçant en France depuis dix ans au moins.

Un délai de cinq années est accordé aux dentistes français et étrangers, exerçant en France depuis moins de dix ans, pour se soumettre aux examens établis par la présente loi. Sur le vu des pièces établissant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, ils pourront être dispensés des formalités imposées par l'article 2.

Passé ce délai, le droit d'exercice leur sera retiré s'ils n'ont pas satisfait aux examens établis à l'article 4.

FORMULAIRE

PILULES HÉMATOGÈNES. — VINDEVOGEL.

Lactate de fer	8 grammes.
Arséniate de fer.	0 gr 20 centigr.
Extrait alcoolique de noix vomique. . . .	0 gr 50 centigr.
Extrait de gentiane.	3 grammes.

F. s. a. 100 pilules.

De 3 à 5 par jour, chaque pilule étant prise au milieu du repas, dans les diverses formes d'anémie ou de chloro-anémie, dans la phthisie, le scorbut, l'albuminurie et le diabète à titre de moyen hématogène et réparateur. — On peut remplacer le demi-centigramme de noix vomique par un demi-miligramme de sulfate de strychnine. — Dans certains cas, l'auteur complète le traitement, en prescrivant, en plus, du chlorhydro-phosphate de chaux liquide, de 10 à 20 gouttes par repas, ou le même sel solide, à la dose de 0 gr 25 à 0 gr 50 centigrammes, trois fois par jour. — N. G.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 4 juillet 1882, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Brassac, médecin en chef de la marine;

Au grade de chevalier : MM. Dechamp, Comme, Eyssautier, Dubois, Breton, Frison, Daniel, médecins de première classe de la marine; de Biran, médecin auxiliaire de la marine; Marion, pharmacien de première classe de la marine.

CONCOURS. — Par arrêté en date du 3 juillet 1882, la date des concours pour les bourses de docteur en médecine et de pharmacien de première classe, fixée au 10 juillet par l'arrêté du 19 juin 1882, est reportée au 20 juillet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les étudiants de première année qui passeront avec succès leur premier examen de doctorat dans le présent mois de juillet ou dans celui d'août, sont invités à se faire inscrire avant les vacances au bureau du chef du matériel, à l'École pratique, de midi à quatre heures, afin qu'ils puissent être appelés, dès la rentrée, à faire partie du premier cours d'ostéologie qui commencera dans la seconde quinzaine du mois d'octobre.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Études étiologiques sur la Fièvre typhoïde.

I. Les raisons de sa fréquence dans l'armée ; — II. Son développement sous l'influence de causes banales, non infectieuses.

Par le docteur LUBANSKI, médecin-major au 93e régiment d'infanterie.

Après une première phase de vive émotion, notre armée de Tunisie a complètement cessé de faire parler d'elle, au point de vue sanitaire, et les documents relatifs à sa morbidité et à sa mortalité, si fortement réclamés au début, n'excitent plus aujourd'hui la même curiosité. Il y a tout lieu de supposer que l'opinion publique a suivi en cela la marche même des évènements, que l'état sanitaire a été mauvais dans les premiers temps de l'expédition, et qu'il est devenu ensuite satisfaisant. Il serait facile de prouver que les maladies n'ont plus été ni fréquentes ni meurtrières, aussitôt que l'armée de Tunisie eût franchi, non sans dommage, les écueils de son entrée en campagne et de son acclimatement.

Ce qui ressort d'une manière frappante des renseignements que nous possédons sur cette première période de l'expédition, c'est que l'état sanitaire des troupes y a été dominé et accaparé par une seule affection, la fièvre typhoïde, qui a causé la grande majorité des décès, et dont nous voyions naguère les convalescents rentrer dans nos régiments de France après deux ou trois mois de repos dans leurs foyers. Si l'on se reporte, en effet, au compte rendu sanitaire de l'expédition de Tunisie, en date du 23 juillet 1881, publié dans le Journal officiel du 12 octobre 1881, on voit que, dès le début, presque tous les régiments avaient des cas isolés de fièvre

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

VI

Nous en regarderons une seule, si vous le voulez, cher lecteur, et il n'en sera plus question. Celle-là ne manque ni de charme ni de mérite. Elle a été peinte par M. Thevenot et porte pour titre : « Après le bain » que vous disais-je ? Le cadre est en peluche, à la dernière mode. Cela veut dire que le tableau a été demandé par le modèle lui-même, qui le placera dans sa chambre à coucher, ou qu'il a été commandé par quelque riche étranger qui commettra l'imprudence d'en faire confidence à ses amis les plus intimes. Mais les imitateurs de Candaule nous intéressent peu. La jeune femme, couchée sur le dos, les genoux relevés, est sur un lit entouré de rideaux de gaze, à côté de la baignoire. L'ensemble, d'une harmonie blanche et verte très douce, est agréable à regarder, mais, tout le monde le sait, quand on sort de l'eau on a le frisson par suite de l'évaporation à la surface de la peau, et c'est une sensation délicieuse que de s'envelopper de laine. Il n'est donc pas vrai qu'on reste ainsi immobile et nue « Après le bain ». Il faut chercher un autre prétexte. Revenons à nos affaires.

M. Charles Leroy a eu l'idée de mettre en scène la « Méditation sur la mort ». La chose se passe au moyen âge, probablement, dans la crypte d'un vieux château, aux sombres perspectives. Le théâtre représente l'intérieur d'un laboratoire d'alchimiste : cornues, flacons effilés, mortiers de bronze, livres aux reliures rouges, etc. Un vieillard, le poil hérissé, le front plissé, vêtu d'une robe de chambre, de couleur foncée, est assis sur une « chaire » à haut dossier

typhoïde, régiments très éloignés les uns des autres, et de provenances très différentes; que dans certaines brigades, la maladie prit ensuite des allures épidémiques; mais que, sans épidémie proprement dite, elle étail traitée en même temps dans toutes les ambulances; et à la date où se termine le rapport, elle continue à être observée dans les ambulances du corps d'occupation de Tunisie.

Ce qui autorise bien à conclure, comme je le disais plus haut, que c'est la fièvre typhoïde qui s'est fait la part du lion parmi les maladies du corps expéditionnaire de Tunisie.

Or, ne semble-t-il pas que ce soit comme une nouveauté que ce développement de la dothiénentérie dans une armée en campagne? S'il est, en effet, une affection dans le cadre des maladies du soldat, qui ait été jusqu'ici essentiellement une maladie de garnison et de caserne, c'est bien la fièvre typhoïde, dont l'histoire est faite toute entière d'épidémies observées en temps de paix, sur des troupes sédentaires. On pouvait s'attendre, *à priori*, à voir d'autres formes morbides prendre le dessus en Tunisie; soit les fièvres palustres, soit les accidents non spécifiques relevant de l'action du climat; c'est la fièvre typhoïde qui a dominé la scène, reléguant au second plan les autres affections, jusqu'ici plus ordinaires dans les armées en campagne.

Ce fait n'a rien d'extraordinaire, si l'on réfléchit à la composition du corps expéditionnaire de Tunisie, composition identique à celle de toute notre armée depuis la loi de 1872; cette loi ayant fait de notre armée une agglomération en quelque sorte choisie et désignée d'avance pour le développement de la fièvre typhoïde. De la présence exclusive dans l'armée d'hommes jeunes, et dans l'âge de la plus grande prédisposition pour la fièvre typhoïde, il résulte que celle-ci est toujours en état d'imminence dans nos régiments, sous réserve des lois connues de ses retours saisonniers. De là les épidémies périodiques, qui n'épargnent aucune zone du territoire, et dont l'histoire a été si complètement mise au jour par les deux remarquables travaux de M. Léon Colin, publiés dans les *Recueils de Memoires de médecine militaire*.

La recherche des causes de la fièvre typhoïde dans l'armée me semble absolument dominée par cette double condition, de l'agglomération des sujets, et de l'aptitude extrême de ceux-ci pour cette maladie; conditions que réalise notre mode de recrutement, et qui font que la fièvre typhoïde devient comme une conséquence forcée de la composition de l'armée, s'entretient en permanence sous forme de cas sporadiques, et reparaît sous forme d'épidémies lorsqu'il s'est écoulé un temps suffisant pour que l'immunité conférée par l'épidémie précédente ait disparu, et que

---

en tapisserie ou en cuir repoussé. Il regarde le cadavre d'un jeune homme couché nu, tout de son long, sur une table, la tête relevée par un billot, et qui, très calme, a l'air, lui, de méditer.

Tout cela n'a aucune réalité et sonne faux; on ne médite pas sur la mort dans ces conditions. Si le vieillard a fait apporter là ce cadavre, c'est qu'il en avait besoin pour une recherche quelconque. Or, quand on cherche quelque chose, on ne pense pas à la mort. Tous les étudiants en médecine savent qu'aux pavillons de dissection, l'idée de la mort disparaît; on ne songe qu'à la besogne. Il se passe là un phénomène psychologique du même ordre que dans les ateliers d'artistes. Quand le modèle-femme se déshabille, la tentation peut naître; mais une fois dans la pose, la femme s'efface et l'on ne voit plus que le modèle, c'est-à-dire la tâche à accomplir. Voilà pourquoi le travail est le moralisateur et le consolateur par excellence : il donne à la pensée une direction spéciale et chasse, au moins tant qu'il dure, les idées qui ne se rapportent pas à son objet.

Deux toiles d'inégale grandeur nous montrent le même sujet lamentable et font naître bien des méditations sur la mort. La plus grande a été désignée par l'auteur, M. J. Lecœur, comme il suit : « A l'hôpital, — famille reconnaissant le corps ». Le titre indique la scène : Un garçon d'amphithéâtre, indifférent, découvre devant les parents la tête d'une jeune fille, déjà mise dans une bière placée à terre. La peinture est très embue, d'une harmonie générale violette, consciencieusement et honnêtement traitée, mais sans caractère bien saillant. — L'autre, la moins grande des toiles, due à M. Langlois, est inscrite au livret sous ce titre : « La dernière visite à l'hôpital. » Les expressions sont justes; mais la facture manque d'ampleur. Il est présumable que le peintre a imaginé, mais n'a pas vu, ou a incomplètement vu la scène qu'il représente. Car, au lieu de l'étroite serpillière dont on fait usage dans ces circonstances, il a

l'aptitude morbide du groupe militaire ait repris l'intensité voulue. Lorsqu'on entreprend, comme l'a fait M. L. Colin, la recherche minutieuse des causes de la fièvre typhoïde, on aboutit forcément à cette conclusion que les causes les plus diverses peuvent, à tour de rôle, donner naissance à ses épidémies; les tentatives forcées de réduction à une cause unique, poursuivies par certains auteurs, s'évanouissent devant l'étude des faits; les oscillations de la nappe d'eau souterraine sont déjà une théorie presque arriérée; à cette visée ingénieuse de Pettenkofer a succédé la doctrine anglaise de la contamination des eaux de boisson; cette recherche de la simplicité et de l'unité dans l'étiologie de la fièvre typhoïde est démentie notamment par l'histoire des épidémies de notre armée, dont les causes, loin de se montrer univoques, nous apparaissent au contraire comme un faisceau des influences les plus disparates. L'encombrement, les émanations des fosses d'aisances, des égouts ou des terres remuées, l'encrassement des planchers ou des murs des habitations, en un mot toutes circonstances faisant échec aux lois élémentaires de l'hygiène et pouvant aboutir à un degré quelconque de souillure ou d'infection, se montre alternativement la cause de telle on telle épidémie de fièvre typhoïde.

C'est qu'en effet toutes ces causes sont des facteurs de l'épidémie, lorsque celle-ci trouve pour se développer un terrain aussi favorable que des sujets d'abord spécialement prédisposés par leur âge, et ensuite agglomérés de façon à tomber presque toujours sous le coup de l'encombrement. Il est hors de doute que ces deux facteurs sont en quelque sorte la clef étiologique des épidémies de fièvre typhoïde dans l'armée, et qu'ils s'ajoutent, par une sorte d'action réciproque, pour porter à son maximum l'état de réceptivité du milieu, où la maladie éclôt alors presque spontanément. L'armée réalise, pour la fièvre typhoïde, ce que serait, pour la variole, un groupe composé à dessein de sujets non vaccinés et sans immunité acquise; ce qu'ont été à Paris ces malheureux Esquimaux que la variole a anéantis, avec un luxe de manifestations morbides qui n'est plus dans ses habitudes.

Voyez ce qui se passe pour le corps expéditionnaire de Tunisie. Il est formé de bataillons empruntés à un très grand nombre de régiments partant de tous les points de la France, quittant leurs casernes pour entreprendre une campagne où certainement l'ensemble des conditions hygiéniques agissant sur ces troupes a brusquement changé, surtout au début; ni les logements vicieux, insuffisants, ni les émanations infectieuses que l'on invoque pour expliquer nos épidémies de garnison, ne se sont trouvés, j'imagine, aussitôt réalisés pour notre armée de Tunisie,

---

enveloppé « le corps » dans un grand et beau drap. L'Administration ne prodigue pas ains son linge; elle le réserve aux vivants.

« L'Enterrement d'un invalide », par M. Dawant, possède toutes les qualités qui manquent aux précédentes peintures. Solidité de ton, fermeté du dessin, grande et profonde impression résultant de la simplicité même des moyens employés et de la vérité des attitudes et des expressions. Toutes ces qualités font de ce tableau un des meilleurs de l'Exposition. Je le préfère, pour ma part, à celui qu'a envoyé le maître de M. Dawant, M. J.-P. Laurens. Malgré la façon toute magistrale et très hardie dont sont peints « Les derniers moments de Maximilien, empereur du Mexique », on peut dire que c'est un tableau manqué. Au moment où le chef du peloton d'exécution vient avertir l'infortuné Maximilien qu'il est temps de partir, l'empereur, vêtu d'une redingote noire, se tient debout et paraît consoler son aumônier qui cache son visage avec sa main, et un autre personnage en habit noir et en culotte courte qui s'est jeté aux pieds de celui qui va mourir. De ce personnage on ne voit que le dos baissé. Il en résulte que l'intérêt se porte entièrement sur le visage de Maximilien. Mais ce visage est sans expression, sec et insignifiant, d'un ton roux et plâtreux fort désagréable; l'effet, à vrai dire, est nul.

Ce tableau, énorme, a été placé sur la cimaise; il aurait gagné, comme toutes les toiles d'égale dimension, à être vu de loin. Par opposition, le tableau de M. Auguste Laurens, représentant une famille de « l'âge de pierre », est placé beaucoup trop haut, car il est petit, — un peu trop peut-être, — eu égard au sujet, et les détails très intéressants dont il est rempli, on *t* en partie perdus par l'éloignement.

M. Jules Cornilliet nous montre un chirurgien major et deux sœurs de charité secourant un blessé sur le champ de bataille. L'intention sans doute est louable, mais la peinture est molle,

et cependant, là-bas comme en France, elle a fourni un champ immédiatement fertile pour le développement de la fièvre typhoïde. On ne peut arguer que ce sont les germes de la maladie qu'elle avait emportés de France, car la maladie s'est montrée dans les fractions de toutes les provenances, de celles où régnait la fièvre typhoïde au moment du départ, comme de celles qui en étaient alors indemnes; la saison n'était point d'ailleurs celle des épidémies. Ce que l'armée avait emporté, c'est son aptitude, son attraction pour la fièvre typhoïde, conséquence fatale de la présence exclusive sous les drapeaux d'hommes jeunes, sans immunité antérieure, et voués, par leur âge, à répondre d'emblée au moindre souffle typhoïgène.

Cet exemple du corps expéditionnaire de Tunisie est à retenir, car il porte en lui cette prévision que désormais, dans toute campagne entreprise par des troupes de même composition, c'est la fièvre typhoïde qui sera la première à redouter, c'est elle qui fera tout d'abord son siège dans une telle armée, jusqu'à ce qu'elle y ait épuisé la matière disponible pour son évolution. Il va de soi que la face des choses changerait s'il s'agissait d'une guerre où seraient englobés non-seulement nos recrues, mais aussi nos réserves; les soldats de cette dernière catégorie étant alors les plus nombreux, et opposant par leur âge plus avancé, et pour la plupart par une atteinte antérieure, l'obstacle le plus sûr à l'extension de la fièvre typhoïde. Nous rentrerions alors dans les conditions ordinaires de la morbidité des armées en camgagne.

La tradition de nos connaissances étiologiques sur la fièvre typhoïde, et aussi le courant actuel de la pathogénie, nous poussent invariablement à chercher, dans les conditions d'existence du soldat, dans l'atmosphère qui l'environne, quelque élément infectieux d'où puisse surgir la cause spécifique de la maladie. On sait que, sur ce point, nous n'avons que l'embarras du choix, et que nous arrivons rationnellement à une diversité étiologique qui s'impose; d'où cette conclusion que, dans l'armée, aucune cause n'est indispensable pour produire la fièvre typhoïde, mais que les causes les plus variées concourent à cette même fin. Cela tient à ce que nous sommes là en présence d'un terrain si bien préparé, que la moindre cause le fertilise et en fait surgir la fièvre typhoïde. De la diversité même de ces causes ressort cette conclusion que leur rôle n'est que secondaire, et que la genèse des épidémies est subordonnée avant tout à la question de terrain et de milieu, les deux facteurs essentiels étant : 1° la présence exclusive sous les drapeaux de sujets au maximum de prédisposition; 2° l'action réciproque de ces sujets les uns sur les

---

sans expression et sans caractère. L'attitude du chirurgien n'est guère compréhensible; il fait le geste d'un homme qui cherche une compresse, et il n'en a évidemment pas besoin.

« Le Rebouteux », de M. Eugène Carteron, a une toute autre valeur. Il est peu de tableaux qu'on puisse mettre en parallèle avec celui-ci sous le rapport de la puissance et de la franchise de l'exécution, de l'observation fine des types, de la vérité des attitudes. A mon avis, « le Rebouteux » est une des meilleures œuvres du Salon.

Mlle Alix d'Anéthan nous présente « Un Enfant malade », trop pâle, trop gris et surtout beaucoup trop préoccupé. Les enfants, comme les animaux, n'ont que le mal qu'ils ont, sans y ajouter l'inquiétude, triste apanage des « grandes personnes. »

Mme Anaïs Beauvais s'est, à son tour, laissé tenter par un sujet qui exerce une singulière fascination sur les peintres, car il revient inévitablement à chaque Exposition, et en grand nombre; je veux parler de la « Tentation de Saint-Antoine. » Il y a là des motifs d'opposition et de contraste qui expliquent, sans qu'il soit besoin d'insister, cette prédilection. La peinture de Mme Beauvais est d'une bonne tonalité. La femme rousse et blanche qui apparaît au saint ermite est superbe. Elle s'harmonise bien avec le ciel sur lequel elle s'enlève avec beaucoup de crânerie. Mais le voile qui flotte derrière elle est d'une couleur fausse et fait tache dans l'ensemble. En voyant ce tableau signé d'un nom de femme, j'ai éprouvé une assez vive déception, car j'espérais que si une femme traitait jamais ce sujet, — assez scabreux après tout, — elle le traiterait autrement que les hommes n'ont l'habitude de le faire; ceux-ci n'y comprennent rien, ou plutôt ils n'y réfléchissent pas. Ce n'est point du tout par des provocations cyniques, par des nudités hardiment dévoilées, que les saints se laissent tenter. Bien des hommes qui n'ont aucune prétention à la sainteté seraient révoltés, et rien que cela par ces effronteries. Il n'y a aucun mérite à ne pas succomber dans ces conditions. Les saints

autres par le fait de leur agglomération, celle-ci ayant pour effet d'augmenter, par le seul fait du nombre, l'aptitude morbide qui serait incontestablement beaucoup moins grande pour chacun des mêmes sujets vivant isolément.

De cette double condition, il résulte que l'armée constitue, à l'heure actuelle, le milieu par excellence pour la génération quasi-spontanée de la fièvre typhoïde; et l'étude de nos nombreuses épidémies démontre précisément la toute-puissance de la composition et de l'arrangement du milieu, à l'exclusion de toutes les causes miasmatiques où l'on est tenu de chercher le germe, le fameux germe sans lequel il semble qu'il n'y ait plus de pathologie. Les casernements ont été élargis, assainis, les latrines, les fosses d'aisances perfectionnées, éloignées des habitations, les égouts nettoyés, et après ces sages et toujours indispensables précautions, la fièvre typhoïde est revenue comme avant, comme elle était venue aussi dans des localités en apparence irréprochables au point de vue des causes d'infection. Une seule mesure s'est montrée sérieusement efficace contre les épidémies, c'est l'évacuation des casernes; mesure qui a précisément pour effet de rompre cette solidarité qui unit entre eux les sujets identiquement prédisposés, et de les ramener par la dissémination ou la vie en plein air, à l'état d'individualités isolées. Il semble, en effet, que l'aptitude à la fièvre typhoïde soit en raison proportionnelle du nombre des individus agglomérés, et qu'ainsi la prédisposition de chacun s'augmente par sa juxtaposition avec les prédispositions environnantes. C'est cette clef de voûte de l'édifice qui est battue en brèche, et avec succès par l'évacuation des casernes; voilà la seule conclusion positive, le seul résultat vraiment pratique de l'étude la plus consciencieuse de nos épidémies de fièvre typhoïde. Le corollaire de cette première conclusion, c'est qu'à l'avenir la prophylaxie générale des épidémies de fièvre typhoïde devra résider dans l'*élargissement* et l'*aération* de nos casernes, dans toutes les mesures, en un mot, tendant à isoler davantage chaque soldat de son voisin, à agrandir (et aussi à purifier) la zone d'atmosphère disponible pour chacun.

(La fin à un prochain numéro.)

---

ne peuvent être tentés, pris au piège, que par les apparences de la timidité, de l'humilité, de la faiblesse ou de la souffrance. C'est par leur cœur sans défiance qu'on peut les émouvoir et surprendre leurs sens. N'est-il pas étrange qu'une femme se soit trompée sur ce point?

M. Ludovic Mouchot nous fait voir « La salle d'arrivée à l'Asile de nuit des femmes, rue Saint-Jacques, 253 ». Le tableau, bien composé, est un peu terne et trop mollement exécuté. Si la petite fille, à droite, étendait une main plus ferme et d'un dessin moins lâché sur sa grande sœur aux yeux gonflés, ça n'en vaudrait que mieux, à coup sûr. N'importe, l'impression est forte, elle est saine, et l'on doit rendre grâce à M. Mouchot d'avoir mis sous les yeux du public le spectacle d'une institution aussi intelligemment charitable. M. le docteur Passant, qui a contribué a sa fondation comme à tant d'autres bonnes œuvres, doit avoir tressailli d'aise en face de cette « illustration », de cette consécration par l'art d'une de ses plus humaines inspirations.

« L'Enfant mourant », que nous présente M. Hans Heyerdahl, attire l'attention par la bonne tenue et le calme de la composition et par l'intérêt poignant de la scène. Le médecin qui médite, impuissant à conjurer le fatal et proche dénouement, offre une expression par trop placide, presque souriante qui n'est pas en situation. Le frère du petit moribond, qui se tient debout, en chemise, sur le premier plan et qui pleure n'est pas tout à fait vrai. Les enfants, dans ces cas, n'éprouvent que de la curiosité; ils ne pleurent pas parce qu'ils ne savent pas ce que c'est que la mort. Et voilà pourquoi cet âge est un heureux âge et fait la joie de la famille.

Sous ce titre : « La famille », M. Georges Moreau (de Tours) expose un grand et superbe tableau destiné à la mairie du IIe arrondissement. L'intelligence parfaite du sujet traité, le caractère élevé et sévère de la composition, la tonalité puissante de la couleur ainsi que la savante distribution de la lumière sur les groupes qui personnifient les éléments divers de la

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de médecine* du 10 juin 1882.

Du rôle que joue le système veineux sus-hépatique dans la topographie de la cirrhose du foie, par Ch. SABOURIN. — L'auteur fait remarquer le peu d'importance attachée aux lésions des veines sus-hépatiques par les auteurs qui ont le mieux étudié cette question. Pour lui, cette intégrité du système sus-hépatique ne se verrait que dans les cas de *cirrhose biliaire pure* ; or, ces faits sont assez rares. En dehors de ces cas, les veines sus-hépatiques sont des centres d'évolution conjonctive tout comme le système porte. Il conclut ainsi :

1° Parmi les cirrhoses présentant au microscope la forme annulaire, il en existe qui méritent le nom de *cirrhoses annulaires veineuses pures*.

2° Ce sont des cirrhoses annulaires systématiques, dans lesquelles les bandes fibreuses représentent deux systèmes cirrhotiques, l'un qui suit le réseau veineux porte, l'autre le système veineux sus-hépatique.

3° Les anneaux fibreux sont surtout formés aux dépens du système fibreux péri-sus-hépatique.

4° Cette cirrhose *bi-veineuse* est tantôt monolobulaire, tantôt multilobulaire.

5° La cirrhose monolobulaire résulte de ce fait que les deux systèmes veineux sont atteints jusque dans leurs dernières ramifications. Les îlots cirrhotiques sont très petits, car ils répondent à des segments de lobules hépatiques, résultant de la division de ces derniers par des bandes fibreuses multiples.

6° Ces cirrhoses purement monolobulaires dans toute l'étendue de l'organe, correspondent macroscopiquement à des foies indurés, lisses ou à peine finement grenus.

7° La cirrhose multilobulaire résulte de ce fait que les deux systèmes veineux ne sont atteints que partiellement sur certaines de leurs ramifications correspondant à des territoires glandulaires plus ou moins vastes. Entre les domaines vasculaires atteints, il existe un nombre variable de ramifications portes et sus-hépatiques respectées, correspondant à autant de petits territoires glandulaires élémentaires.

8° Ces cirrhoses multilobulaires correspondent macroscopiquement à des foies granuleux, à granulations variables, faisant partie de l'ensemble connu sous le nom de cirrhose de Laënnec.

9° En thèse générale, cette cirrhose est d'emblée ou monolobulaire ou multilobulaire, et persiste à cet état jusqu'à la fin. La cirrhose monolobulaire n'est pas produite par une extension secondaire de la multilobulaire. Mais c'est là une sorte de loi qui peut souffrir des exceptions.

Etude sur les accidents apoplectiformes qui peuvent compliquer le début, le cours, la fin de

---

famille, tout est à louer dans cette nouvelle œuvre qui fait le plus grand honneur au jeune maître.

Nous retrouvons les mêmes qualités magistrales dans un autre tableau, de M. Georges Moreau : « L'Égyptologue ». Mais nous y trouvons, de plus, une finesse charmante dans les expressions et une facture serrée dans les détails que ne comportait pas à un égal degré la dimension considérable de la première toile. Les mains de l'Égyptologue, remarquablement élégantes et d'un dessin irréprochable, justifieraient seules les éloges que nous donnons à cette excellente peinture.

Voyons quelques portraits. Celui de M. le professeur Germain Sée, en pied, placé dans le salon carré et peint par M. Yvon, a fait sensation. C'est un beau portrait. Je me permettrai cependant certaines réserves : la ressemblance, suffisante pour qu'on reconnaisse du premier coup le modèle, même de loin, n'est point parfaite; il y manque ce je ne sais quoi qu'il est très difficile de spécifier. Si l'on vous montre vingt photographies différentes de la même personne, vous la reconnaîtrez sans hésiter. Pourtant ces photographies ne sont pas tout à fait semblables, et les unes sont plus ou mieux ressemblantes les unes que les autres. Pourquoi ? C'est souvent malaisé à déterminer. Le portrait de M. Sée pourrait être mieux, sinon plus ressemblant. La pose laisse également quelque chose à désirer. Il semble que le corps ne porte pas aussi bien d'un côté que de l'autre, et qu'il ne marcherait pas d'aplomb.

Le portrait de M. le docteur J. Worms, moins important que le précédent, car il n'est qu'à mi-corps, est, en revanche, d'une ressemblance vraiment extraordinaire. Je ne crois pas avoir vu jamais une représentation plus fidèle de quelqu'un. Le reflet dans une glace n'est pas plus exact. Nous croyons que c'est Madame Clémence Roth qu'il faut complimenter de cette œuvre hors ligne.

L'ataxie locomotrice, par Lecoq. — Travail inspiré par les communications récentes de MM. Joffroy et Hanot au Congrès d'Alger, et tendant à établir un rapprochement utile entre certains accidents de l'ataxie locomotrice et des accidents analogues décrits par Charcot et Vulpian dans la sclérose en plaques, par Magnan et Westphal dans la paralysie générale. Voici les conclusions de l'auteur :

1° A l'instar de la paralysie générale et de la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice progressive peut offrir, au nombre de ses symptômes propres, des attaques apoplectiformes.

2° Ces attaques peuvent se montrer soit isolées, soit à l'occasion de crises laryngées, soit avec des phénomènes épileptiformes.

3° Elles peuvent survenir au début, dans le cours, et même à la fin de la maladie.

4° Elles existent de par le fait de l'ataxie, et sans qu'il soit nécessaire de les attribuer soit à la cause de l'affection, soit à une complication intercurrente.

5° Elles consistent en vertiges, étourdissements légers ou graves, qui peuvent déterminer la chute du malade et sa perte de connaissance ; en troubles paralytiques, plutôt fugaces que permanents ; parfois même, c'est une attaque comateuse mortelle.

6° Lorsqu'elles ont une durée prolongée (hormis le cas des crises laryngées), lorsqu'elles sont accompagnées ou suivies d'hémiplégie ou d'aphasie permanente, on peut les attribuer à une complication ou à l'étiologie plutôt qu'au processus lui-même.

Périméningite spinale aiguë, par Lemoine et Lannois. — Le nom de *périméningite spinale* a été donné par Albers, en 1833, à l'inflammation du tissu cellulo-graisseux qui entoure la dure-mère rachidienne. Il y a en effet des cas où l'inflammation se localise *spontanément* et *primitivement* au tissu cellulaire lâche périméningé, arrive à suppuration et détermine la mort, sans que la dure-mère participe au processus inflammatoire.

MM. Lemoine et Lannois rapportent une observation remarquable, où l'on voit une paraplégie se développer rapidement cinq jours après une chute de peu d'importance, être suivie de phénomènes rappelant la paralysie ascendante aiguë, et déterminer la mort à bref délai au milieu de symptômes asphyxiques. L'autopsie a montré comme unique lésion une suppuration du tissu cellulaire périméningé, ayant déterminé par compression un ramollissement assez étendu de la moelle.

Les auteurs n'ont trouvé qu'une seule observation analogue, due au professeur Lewitzky (de Varsovie). Ils rapprochent ces deux faits, les comparent et étudient avec soin le diagnostic, la pathogénie, les divers symptômes de cette lésion peu commune.

Sur quelques travaux relatifs à l'albuminurie et à la pathologie rénale, par R. Lépine. — Cette *Revue générale* est seulement commencée dans le présent numéro. Elle débute par une étude *de l'albuminurie chez les sujets débiles et à l'état de santé.* Nous en donnerons l'analyse quand elle sera terminée.

Sur la galerie du midi, nous avons découvert, avec un vrai plaisir, le visage sympathique et souriant du docteur Bérigny, de Versailles, peint sur faïence par M. Eug. Bazin, qui a voulu ainsi, d'après le livret, rendre « hommage » à ce médecin aussi simple que savant.

Non loin de là, nous avons remarqué également un portrait fort ressemblant de M. le docteur Coudereau.

Citons encore une bonne peinture de Madame Suzanne de Nathusins, représentant M. André Sanson, à qui une longue barbe blanche et une calotte de velours noir enfoncée sur le front donnent l'air tout à fait vénérable.

Enfin, un « portrait » par M. Sinibaldi, nous a particulièrement plu. La discrétion du livret nous permet seulement de dire que le jeune homme grave, sérieux, d'une irréprochable tenue, qui a posé devant le peintre, est le fils aîné d'un des plus distingués et des plus aimés professeurs de la Faculté de Paris. La peinture, en harmonie avec le caractère du modèle, est sobre, honnête, correcte, et, de plus, d'une excellente tonalité.

J'ai fini. Le lecteur bénévole qui a bien voulu m'accompagner jusqu'ici me rendra cette justice que, dans nos promenades à travers les salles de peinture, je ne lui ai parlé que des œuvres se rattachant à la médecine. En revanche, il m'accordera, avant de prendre congé de lui, de dire un mot qui sera agréable, je l'espère, à l'un de mes bons amis et collaborateurs. Une souscription a été ouverte, par ses soins et par son initiative, pour élever une statue à Fr. Rude, le sculpteur à qui l'on est redevable du trophée de l'Arc de l'Etoile et de tant d'autres chefs-d'œuvre. Une vente d'objets d'art offerts par les artistes, pour couvrir une partie des frais de l'entreprise, aura lieu à la fin de la présente année. Les souscriptions en argent sont reçues chez M. Paul Christofle, 56, rue de Bondy.

Cl. Suty.

CORRESPONDANCE

Paris, 4 juillet 1882.

Monsieur le rédacteur en chef,

A plusieurs reprises, dans ces derniers temps, l'UNION MÉDICALE a manifesté l'intérêt qu'elle attachait à la création d'un *Institut vaccinal* en France, en citant les bienfaits que ces sortes d'établissements produisaient chez nos voisins les Belges. J'ai pensé, dès lors, que vous accueilleriez favorablement la communication que je vais avoir l'honneur de vous faire.

Dans le courant du mois de décembre dernier, j'écrivais à M. le préfet de la Seine une lettre dont je regrette de n'avoir pas gardé copie, et par laquelle je lui annonçais le projet de fonder à Paris *à mes risques et périls*, un Institut vaccinal pour la propagation du vaccin humain. Tout ce que je demandais à l'administration c'était de me prêter son concours, *pour la mise en train du service*, c'est-à-dire pour quelques jours seulement, en me fournissant les vaccinifères dont j'aurais besoin, soit dans les hôpitaux, soit dans les Bureaux de bienfaisance.

Voici la réponse qui me fut adressée à la date du 16 février :

« Monsieur le docteur,

« M. le préfet de la Seine m'a transmis comme rentrant dans mes attributions, la lettre par « laquelle vous demandez que l'administration vous prête son concours pour la fondation « d'un Institut destiné à la propagation du vaccin humain, en vous fournissant les premiers « vaccinifères.

« Mon administration n'ayant jamais pris parti dans la question de la préférence à accorder « au vaccin humain ou au vaccin animal, MM. les chefs de service des hôpitaux sont libres de « choisir celui des deux modes de vaccination qui leur paraît préférable.

« Actuellement, l'inoculation par le vaccin de génisse étant presque exclusivement pratiqué « dans les hôpitaux, il serait très difficile de vous fournir un nombre suffisant d'enfants vac- « cinés de bras à bras.

« Mais je ne verrais aucun inconvénient, si vous pouvez vous mettre en rapport avec « MM. les médecins des Bureaux de bienfaisance, à ce que les mères qui viennent dans les « Bureaux faire vacciner leurs enfants, les mettent, si elles y consentent, à votre disposition.

« Recevez, etc.

« *Le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.* »

Tel est l'accueil que reçut ma proposition, et voilà comment il se fait que j'ai dû céder devant des difficultés insurmontables à l'initiative privée, quand si s'agit d'une entreprise de cette nature. Voilà également pourquoi, le vaccin humain devenant de plus en plus rare, les épidémies de variole continueront à se développer et à décimer les populations.

Veuillez être assez bon pour insérer ma lettre, et agréer, cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr Alex. MAYER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1882. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Rapport sur une observation de fistule salivaire guérie par un procédé nouveau. — Rapport sur une observation d'ectopie périnéale du testicule. — Opération de rectotomie linéaire dans un cas de cancer du rectum. — Opération de hernie inguinale étranglée avec adhérences ; déchirure de l'intestin, suture intestinale, guérison. — Présentation de malade : Résection de l'extrémité interne de la clavicule dans une arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire, guérison. — Scrutin pour l'élection d'un membre honoraire.

M. DELENS, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Chauvel et Polaillon, lit un rapport sur une observation de fistule salivaire du conduit de Sténon, guérie à l'aide d'un procédé nouveau, par M. le docteur L.-G. Richelot, candidat à la place vacante de membre titulaire.

M. le rapporteur dit que le nouveau procédé imaginé par M. Richelot constitue un progrès dans le traitement des fistules du canal de Sténon et que l'observation que ce chirurgien a communiquée à la Société de chirurgie est un bel exemple de succès dans un cas où les conditions semblaient, *a priori*, défavorables.

L'orifice de la fistule était situé au niveau du masséter et des abcès s'étaient formés à plusieurs reprises au-dessous de lui.

Au moment où M. Richelot observait son malade, l'orifice fistuleux primitif était cicatrisé, mais il restait au niveau de l'abcès deux ouvertures par lesquelles s'écoulait la salive. De ces deux ouvertures, l'une, plus antérieure, répondait au muscle buccinateur. M. Richelot eut l'idée d'agir comme si cette ouverture était la vraie fistule et de conserver en même temps l'ouverture postérieure jusqu'au rétablissement parfait de l'écoulement de la salive dans la cavité buccale, pensant que l'oblitération de cet orifice postérieur serait alors facile à obtenir. Le succès a justifié ses prévisions.

Un tube à drainage fut placé de manière que, pénétrant dans la bouche à travers le muscle buccinateur et la muqueuse buccale par une de ses extrémités, il ressortait par l'orifice postérieur de l'abcès, laissant l'orifice antérieur en dehors de son trajet. Lorsque l'écoulement de la salive par le canal nouvellement créé parut assuré, l'avivement de l'orifice antérieur, suivi de suture, en procura l'oblitération. La cicatrisation de l'orifice postérieur se fit ensuite presque d'elle-même, comme il arrive pour les plaies du conduit de Sténon, lorsqu'il n'y a pas d'obstacle à l'écoulement de la salive par le bout antérieur.

S'appuyant sur le succès qu'il a obtenu, M. Richelot a généralisé cette manière de procéder, et formule de la manière suivante la marche à suivre dans le traitement de ces fistules :

1° Plonger un trocart dans la fistule, d'avant en arrière, et le faire sortir sur la joue à quelque distance, de manière à créer un orifice postérieur situé hors du cours de la salive ; à l'aide d'un stylet aiguillé, mettre un fil provisoire à la place du trocart ;

2° Par la fistule, perforer obliquement la joue d'arrière en avant et placer un tube en caoutchouc dont l'extrémité antérieure sorte par la bouche ;

3° Attacher l'extrémité postérieure du tube au fil provisoire et la faire sortir par l'orifice nouvellement créé. De cette façon une anse de caoutchouc passe derrière la fistule sans y toucher.

4° Suturer la fistule après avivement, mais seulement alors que le gonflement inflammatoire est tombé et que la salive coule dans la bouche avec une facilité relative. Après la suture, il faut attendre encore et ne pas retirer le tube avant que le cours de la salive soit entièrement libre et la cicatrice résistante.

Il y a deux choses nouvelles dans ce procédé, dit M. le rapporteur : l'emploi du tube à drainage et la création d'un orifice postérieur. Il est possible, cependant, que d'autres chirurgiens aient eu déjà l'idée de substituer le tube à drainage à la canule de Duphœnix ou au fil métallique de Deguise. C'est, dans tous les cas, une simplification qu'il y a lieu d'approuver.

La création de l'orifice postérieur paraît, d'autre part, à M. Delens, l'idée vraiment originale et certainement ingénieuse du procédé de M. Richelot. De nouvelles observations viendront sans doute en démontrer l'importance et l'efficacité. M. le rapporteur propose d'insérer dans les *Bulletins* l'observation de M. Richelot et d'adresser à l'auteur une lettre de remerciments. (Adopté.)

M. Trélat a eu deux fois occasion de traiter la fistule du canal de Stenon. Dans le premier cas, il a pu obtenir la guérison complète en quelques jours, rien que par la compression simple à l'aide d'un appareil compresseur à ressort.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme entrée, il y a dix ans, dans son service à l'hôpital de la Charité, et qui, à la suite d'un calcul salivaire du canal de Stenon, avait eu un abcès de l'intérieur de ce canal, et consécutivement une fistule à ouverture cutanée et muqueuse. Au lieu du fil de caoutchouc employé par M. Richelot, et qui est certainement préférable, M. Trélat se servit d'un fil de fer qu'il passa à travers la fistule et dont les deux extrémités, réunies dans la bouche, furent saisies avec un serre-nœud et tordues ensemble.

M. Léon Le Fort a soigné à l'Hôtel-Dieu un malade qui, à la suite d'un épithélioma de la ace traité par les caustiques, avait conservé une fistule parotidienne. Avec une aiguille armée d'un fil double, M. Léon Le Fort traversa la fistule, intercepta dans une anse de fil la partie de la muqueuse comprise entre les deux orifices internes, et, serrant les deux extrémités de l'anse, provoqua ainsi la section de ce pont muqueux, tandis que l'orifice cutané se cicatrisait.

M. Desprès dit que tous les procédés dont il vient d'être question ne sont que des modifications des procédés très anciennement connus de Deroy, de Monro, de Desault, de Duphœnix de Deguise modifié par Béclard, etc., et qu'ils n'offrent, en somme, rien de nouveau.

M. Trélat fait observer que, quels que soient les procédés, anciens ou nouveaux, ce qui importe ce sont les résultats ; il est donc utile que les observations en soient publiées.

— M. Le Dentu fait un rapport oral sur une observation d'ectopie périnéale du testicule adressée par M. le docteur Baudry (de Lille).

Sur un enfant nouveau-né M. Baudry constata, à 2 centimètres en avant de l'anus à droite du raphé médian, la présence d'un petit corps ovalaire affectant tous les caractères du testicule au point de vue de la forme, de la consistance, de la sensibilité à la pression, etc.

Ce qui corroborait encore le diagnostic, c'était la vacuité et l'affaissement du scrotum du côté droit d'où le testicule était absent. C'était en outre l'absence de tout corps analogue, soit dans la région inguinale, soit dans la cavité abdominale. Enfin, de ce corps partait un cordon qui remontait vers le canal inguinal.

Il y avait atrophie du dartos du côté droit; il n'existait pas de hernie; l'ectopie était unilatérale.

M. Baudry, dans son travail, soulève à propos de cette observation, la question de l'intervention opératoire faite préventivement dans le but de soustraire l'organe aux froissements et autres violences extérieures. Il rejette l'opération en s'appuyant sur cette considération que le testicule peut, dans ces conditions, donner lieu à une sécrétion spermatique normale. On ne peut, d'ailleurs, de but en blanc, pour ainsi dire, pratiquer l'extirpation de cet organe. Ce n'est que dans des cas de nécessité que l'opération peut être admise, lorsque, par exemple, il existe une dégénérescence cancéreuse, ou bien lorsque, par suite d'exigences professionnelles, comme chez les cavaliers, le testicule est exposé à des froissements graves et à des violences extérieures dangereuses.

Il importe de faire remarquer, ajoute M. Le Dentu, que l'opération, dans le cas d'ectopie périnéale, expose à moins de dangers encore que dans l'ectopie inguinale, où, d'après les relevés statistiques de MM. Monod et Terrillon, sur 50 cas il n'a été observé que 3 cas de péritonites et 1 cas de mort.

En résumé, l'observation adressée par M. le docteur Baudry présente un intérêt réel; en conséquence, M. Le Dentu propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments; 2° d'insérer dans les *Bulletins* un résumé de cette observation. (Adopté.)

— M. Trélat communique une observation d'opération de rectotomie linéaire qu'il a pratiquée avec des résultats satisfaisants dans un cas de rétrécissement cancéreux du rectum.

Le sujet de cette observation est un homme de 56 ans, habitant la province, auprès duquel M. Trélat fut appelé au mois d'octobre de l'année dernière. Cet homme était atteint d'un épithélioma du rectum qui débordait au dehors et qui, à l'intérieur, dépassait les limites du doigt introduit dans le rectum; il était en proie à un ténesme douloureux permanent qui l'empêchait de dormir, à une diarrhée qui l'obligeait d'aller à la garde-robe quinze ou seize fois par jour, avec de cruelles souffrances; il avait perdu l'appétit et se trouvait réduit à un état de dépérissement extrême, si bien que l'on était parfaitement fondé à croire qu'il ne passerait pas la quinzaine.

Le premier mouvement de M. Trélat, en présence d'un état si grave, fut d'éloigner l'idée de toute intervention chirurgicale et d'abandonner le malade à son malheureux sort. Cependant le lendemain, après avoir revu le malade, ne voulant pas retourner à Paris sans avoir tenté quelque chose pour le soulager, il proposa de lui pratiquer la rectotomie linéaire, suivant la méthode préconisée par M. Verneuil, n'ayant d'ailleurs d'autres espoir que d'apporter quelque soulagement aux souffrances du malade et peut-être de prolonger sa vie de quelques jours. Il n'y avait pas lieu, à cause de l'état trop avancé du cancer, de songer à la colotomie lombaire. M. Trélat pratiqua donc la rectotomie linéaire au moyen du thermocautère, par une incision partant de la pointe du coccyx et allant profondément diviser le rectum jusqu'à l'anus.

Le résultat de cette opération très simple fut extrêmement remarquable; le ténesme si douloureux cessa immédiatement; le malade put manger, boire et dormir et se trouva tellement satisfait de son état qu'il conserva jusqu'au bout l'illusion d'une guérison prochaine. Il vécut encore sept mois et demi sans souffrances et ne succomba que le 19 juin aux progrès d'une maladie dont l'évolution, absolument fatale, ne pouvait être conjurée.

M. Trélat conclut de ce fait que, dans certains cas graves de cancer de l'extrémité inférieure du rectum, les opérations palliatives, telles que la rectotomie linéaire, peuvent donner aux malades plus de survie et de meilleurs résultats que les opérations curatives.

— M. Trélat communique une seconde observation relative à des accidents d'étranglement herniaire qu'il a observés, chez une femme de 55 ans, entrée récemment dans son service à l'hôpital Necker.

Cette femme avait, depuis quelques années, une hernie inguinale du côté droit. Il y a trois ans, des accidents de pseudo-étranglement se manifestèrent au niveau de sa hernie et les tentatives de taxis déterminèrent une inflammation vive, laquelle se termina par un abcès qui s'ouvrit spontanément, puis se cicatrisa assez irrégulièrement.

La malade éprouvait de nouveaux phénomènes d'étranglement, vomissements, sensibilité extrême au niveau de la hernie, irréductibilité, etc. Après quelques essais de taxis infructueux, la malade étant chloroformée, M. Trélat pratiqua une incision allant, en profondeur, jusqu'au niveau du collet du sac, débrida tout autour du sac et fit ensuite de nouvelles tentatives de réduction, sans plus de succès. Il ouvrit alors le sac, dont la surface externe adhérait à la peau par d'épaisses couches de tissu cellulaire résistant, cicatriciel; à la face interne du sac existaient également des adhérences, larges et fortes, qui unissaient la paroi du sac avec la paroi de l'anse intestinale étranglée.

Après le débridement du collet du sac, comme les adhérences empêchaient le réduction de l'intestin, il fallut disséquer ces adhérences, et, pendant ce travail délicat, il se fit une déchirure de la paroi intestinale dans toute la largeur des adhérences. M. Trélat appliqua 9 points de suture sur la partie déchirée et réduisit la totalité de l'intestin. Il plaça ensuite un tube à drainage dans l'orifice péritonéal et la plaie abdominale fut incomplètement fermée à l'aide de quelques points de suture superficielle.

Le lendemain, il y eut une garde-robe spontanée; aucun accident ne s'est produit; la malade, complètement guérie par première intention, et de sa plaie abdominale et de sa plaie cutanée, a quitté l'hôpital ce matin même.

C'est là, dit M. Trélat, un fait de nature à encourager les chirurgiens à pratiquer avec confiance la suture intestinale, dans les cas où elle est indiquée. M. Trélat appelle en terminant l'attention sur les bons résultats que produit, à son avis, l'application d'un tube à drainage dans l'orifice péritonéal. Cette manière de faire lui paraît, d'après son observation personnelle, plus profitable que celle qui se borne à placer un drain dans l'orifice cutané.

M. Verneuil est très heureux de voir M. Trélat adopter l'opération de la rectotomie linéaire que, pour son compte, il s'est efforcé de vulgariser et qui mérite de l'être parce qu'elle est excellente, ne présente aucun danger et qu'elle est d'une application extrêmement facile.

M. Verneuil a pratiqué cette opération un certain nombre de fois, entre autres sur deux malades qui avaient un rétrécissement situé à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'anus, ce qui prouve que l'on peut remonter assez haut dans l'intestin et atteindre l'obstacle, et cela sans être obligé de recourir à la résection du coccyx, opération que, dans les premiers temps, M. Verneuil croyait nécessaire.

Aujourd'hui, M. Verneuil, après avoir introduit le doigt dans l'intestin, fait une ponction avec le thermocautère pour aller à la rencontre du doigt rectal; lorsque ce doigt a senti que l'instrument est arrivé au niveau du rétrécissement, on débride parallèlement au bord du coccyx en se dirigeant sur la ligne médiane jusqu'à l'orifice anal.

Il a réussi à soulager immédiatement de malheureux malades atteints de ténesme intolérable, allant jusqu'à 15 ou 20 fois à la selle dans les vingt-quatre heures, et il leur a procuré une survie plus ou moins longue, sans souffrances, grâce à une opération qui réunit à la fois la simplicité, la bénignité et l'efficacité.

Contrairement à ce que l'on observe dans les cancers des autres régions qui semblent éprouver une suractivité de prolifération à la suite de toute excitation traumatique, le cancer du rectum a cela de remarquable qu'il ne paraît pas être influencé sensiblement après la recto tomie linéaire et qu'il reste stationnaire.

M. Desprès est surpris d'entendre M. Verneuil, après avoir le premier professé qu'il ne fallait pas toucher aux cancers sous peine de les voir prendre une marche plus rapide, venir aujourd'hui soutenir une opinion contraire. Quoi qu'il en soit, M. Desprès déclare qu'il n'a jamais pratiqué et qu'il ne pratiquera jamais la rectotomie linéaire ni pour le cancer ni pour le rétrécissement du rectum; il préfère de beaucoup la dilatation qui lui a donné, dans plusieurs cas de ce genre, les meilleurs résultats.

M. Le Dentu a pratiqué huit fois la rectotomie linéaire pour des cancers ou des rétrécissements du rectum ou de l'anus; il n'a jamais observé le moindre accident, et les malades ont toujours retiré de l'opération un bénéfice immédiat et considérable. La douleur cesse instantanément et les malades éprouvent un soulagement tel qu'ils se figurent être guéris. Le soulagement est instantané, tandis que la dilatation le fait attendre plus ou moins longtemps. Il est dû à deux causes : à la destruction partielle du tissu cancéreux, mais surtout à la cessation absolue du spasme douloureux du sphincter qui accompagne l'épithélioma du rectum ou de l'anus. D'après les faits qn'il a observés, M. Le Dentu déclare qu'il est entièrement rallié à la pratique de la rectotomie linéaire. Cette opération a cela d'excellent, suivant lui, qu'elle soulage immédiatement et qu'elle dispense de toute opération ultérieure, introduction de canule, etc.

M. Le Fort dit que, dans les rétrécissements non cancéreux du rectum, il s'est servi avec

avantage de l'électrolyse lente. Dans les rétrécissements cancéreux, il est tout à fait partisan de la rectotomie linéaire qui supprime non-seulement le ténesme et la diarrhée, mais encore, chose plus grave, les dangers de rupture de l'intestin au-dessus du rétrécissement par l'accumulation des matières.

M. Lucas-Championnière demande à faire une simple remarque à propos de l'observation d'opération de hernie étranglée communiquée par M. Trélat et à la suite de laquelle ce chirurgien dit avoir introduit un tube à drainage dans l'orifice péritonéal. Suivant M. Lucas-Championnière, le drain intra-péritonéal ne sert plus à grand'chose, il le croit même nuisible au point de vue de la réduction de la hernie. Si la suture du sac a pour but d'opposer un obstacle à la reproduction de la hernie, l'introduction du tube, au contraire, a pour effet de maintenir une solution de continuité à travers laquelle la hernie aura de la tendance à se reformer. M. Lucas-Championnière a obtenu la cure radicale de la hernie sans mettre de tube péritonéal; il est convaincu que s'il avait mis un tube il se serait produit une récidive.

M. Lucas-Championnière adresse, en terminant, une petite critique à la méthode de la réduction de la hernie sans ouverture du sac; suivant lui, l'opération de la hernie sans ouverture du sac est destinée à disparaître, car elle est éminemment favorable à la récidive de la hernie. Les procédés de la méthode antiseptique mettent à l'abri des inconvénients de l'ouverture du péritoine.

M. Trélat répond que si l'on peut réduire une hernie sans ouvrir le péritoine, il faut le faire, car en le faisant, on réduit de moitié ou des deux tiers les chances d'accidents de l'opération.

Quant à l'introduction d'un tube à drainage dans le trajet péritonéal, il a pour but d'évacuer le liquide péritonéal purulent ou altéré dont le séjour pourrait avoir l'inconvénient de provoquer des phénomènes graves d'inflammation ou de septicémie.

M. Pozzi a eu l'occasion de faire l'opération de la hernie, sans ouverture du sac, dans un cas où des accidents graves d'étranglement dataient de vingt-quatre heures. La réduction a été facile; le malade a guéri par première intention, grâce à une double suture profonde et superficielle. Il n'y a pas eu de récidive. M. Pozzi pense que le sac, quand il est respecté, peut agir à la manière d'un bouchon qui obture l'anneau abdominal.

— M. Le Dentu présente un malade auquel il a pratiqué, il y a un an, la résection de l'extrémité interne de la clavicule, dans une étendue de 3 centimètres, pour une arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire avec nécrose de la partie interne de la clavicule. La guérison est aujourd'hui complète, mais le traitement a duré un an. M. Le Dentu, au lieu de se laisser aller à la tentation dangereuse de ruginer à fond les fongosités, ce qui expose à ouvrir d'emblée le médiastin et à provoquer les accidents inflammatoires les plus graves, s'est contenté de ruginer, très superficiellement, ces fongosités dont il a pu, ensuite, obtenir la modification par des cautérisations avec le thermo-cautère. Le bras a récupéré toutes ses onctions.

— M. Giraud-Teulon, membre titulaire, a été, sur sa demande, nommé membre honoraire par 24 suffrages sur 25 votants. — A. T.

COURRIER

— *L'Année Médicale* (1881) vient de paraître à la librairie E. Plon et Ce. Cette utile publication, qui est à sa quatrième année est fort appréciée du public médical, dans la bibliographie duquel elle comble une lacune importante. Le volume de cette année, a été augmenté des faits nécrologiques et de l'indication des principales réformes accomplies dans l'enseignemen médical et dans l'assistance publique. Un vol. in-18. Prix : 4 francs.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Depuis quelques semaines, plusieurs confrères nous demandent ce que nous pensons, et ce que nous avons l'intention de faire ; dans quelle voie l'UNION MÉDICALE marchera, quels changements seront apportés à sa rédaction, quelle opinion ou quel système elle prendra pour guide.

Notre situation, *a priori*, nous paraissait plus simple. Il nous semblait que, sur beaucoup de points, l'UNION MÉDICALE ferait sagement de rester telle que par le passé, et qu'elle avait seulement pour devoir, au jour le jour, sans profession de foi ni déclamation, d'accepter les progrès que le temps et les circonstances imposent à toutes les institutions humaines, non pour changer leur nature et les détourner de leur but, mais pour les maintenir jeunes et vaillantes. Il n'est pas de loi qui s'applique à tous les âges, pas de règlement qui conserve pour plusieurs générations sa valeur et son autorité primitives ; mais il y a des traditions d'equité, de sincérité scientifique, de dignité professionnelle, qui sont éternellement durables et qu'il faut toujours conserver pour flambeau.

Puisqu'on nous demande de préciser davantage, nous répondrons quelques mots aux questions qui nous ont été posées. Rien n'est changé à la forme ni au mode de publication de l'UNION MÉDICALE ; nos conditions matérielles d'existence nous permettent aujourd'hui, comme hier, de donner aux lecteurs une quantité de matières que ne peut atteindre aucun journal de médecine, et de supporter des charges qui seraient lourdes pour tout autre, afin de consacrer à l'Académie de médecine, à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de chirurgie, une place digne de ces corps savants.

Disposant de ce large terrain, l'UNION MÉDICALE est aujourd'hui encore une tri-

FEUILLETON

LA VISITE DU MÉDECIN A L'HOPITAL.

Le tintement de la cloche vient d'annoncer l'arrivée du chef de service. A ce son bien connu les étudiants se dirigent vers la salle des malades et se groupent à l'entrée près de la petite table sur laquelle sont déposés les cahiers de visite. A eux se réunissent les élèves qui viennent de faire leurs pansements ou de prendre l'observation des malades qui leur sont confiés. La sœur est là avec les infirmiers et jette un dernier coup d'œil sur son personnel pour s'assurer que chacun est à son poste. Les conversations vont leur train. Arrive tout essoufflé un externe, s'adressant à son collègue qui est là depuis une heure et qui complète les notes qu'il vient de recueillir : Le chef est-il sonné? — Oui, il va arriver à l'instant. — Pourvu qu'il ne me demande pas ses observations. Je voulais les rédiger hier soir et voilà qu'en sortant de la pension ils m'ont entraîné à Bullier. — Prends-garde, tu connais le chef, s'il n'est pas satisfait, il te lâchera complètement au moment du concours pour l'internat. Mais, chut, le voici. — A propos, ai-je des nouveaux dans mes lits? — Oui, tu en as deux. — Qu'est-ce qu'ils ont ? Le premier a une pleurésie et l'autre une maladie de Bright.

La porte s'ouvre et le docteur entre escorté de ses deux internes. C'est un homme de 45 à 50 ans, robuste, des cheveux drus, grisonnants, couvrent sa grosse tête carrée, sa figure franche, ouverte, exprime la bonté, l'œil est vif, pénétrant, son regard se promène sur ces jeunes gens qui l'attendent dans un silence respectueux et comme le nombre est grand (c'est

bune où peuvent se faire jour toutes les opinions, où peuvent se discuter tous les faits et toutes les théories. Mais les controverses purement philosophiques, les questions extra-médicales où peuvent se froisser inutilement les cœurs honnêtes, seront toujours éloignées de nos colonnes. Chacun de nos collaborateurs est libre de ses doctrines, et peut y faire allusion; mais nous n'accueillerons aucun travail dont l'objet soit de prôner une philosophie, un parti politique ou religieux.

Les intérêts professionnels auront une grande part dans nos délibérations. Le concours de médecins jeunes, actifs, sachant recueillir et juger les questions de législation et de déontologie médicales, nous est assuré et nous permettra de marcher dans la voie que l'UNION MÉDICALE s'est depuis longtemps tracée. Toujours et plus que jamais, nous sommes avec l'Association générale des médecins de France.

Nous sommes avec la Faculté, à laquelle nous tenons par les liens les plus étroits. Le journal n'est pas entre nos mains une arme de polémique, pour nous consoler, nous venger ou faire bande à part. Nous sommes des élèves de l'Ecole de Paris, et nous luttons avec elle, peut-être sans admirer tous les rouages de son administration, mais en rendant hommage à l'esprit scientifique qui toujours la défend contre les témérités des écoles étrangères.

La médecine et la chirurgie devront nous occuper dans une proportion équitable. Ici, nous voudrions donner quelques paroles rassurantes à deux de nos abonnés : l'un n'a pas vu sans frayeur l'UNION MÉDICALE prendre un chirurgien pour rédacteur en chef, car il a peur des envahissements de la chirurgie ; l'autre a failli nous quitter, croyant voir la chirurgie délaissée dans nos colonnes.

Au premier, nous répondrons : l'UNION MÉDICALE est et demeure l'organe officiel de la Société médicale des hôpitaux, et elle veillera toujours à la publication régulière des comptes rendus et des mémoires de cette savante Compagnie. Des matériaux nombreux lui viennent aussi de la Société de médecine de Paris et de la Société médico-pratique. Les mémoires originaux de nos collaborateurs immédiats, les *Etudes de clinique médicale* dont nous avons commencé la série, les excellentes observations qui, de temps à autre, nous arrivent des départements et que nous recevrons toujours avec plaisir, constituent pour nous une richesse inépuisable. L'UNION MÉDICALE, toujours encombrée, est toujours heureuse de donner à de sérieux travaux une publicité de bon aloi. Si vous conserviez un doute sur l'esprit médical qui la dirige, lisez les noms qu'elle a inscrits en tête de la première page.

---

son jour de clinique), sa physionomie exprime la satisfaction. Il tire de sa poche une carte et fait l'appel des élèves. Cette mesure, qui n'est pas générale, est, à mon sens, excellente; elle oblige le chef de service et l'élève à une exactitude réciproque qui a bien son importance, elle maintient continuellement l'élève sous l'œil du maître et prévient certaines absences préjudiciables aux bonnes études. Je me rappelle Velpeau, il était impitoyable, tout étudiant qui avait été pointé trois fois dans le mois pour n'être pas présent à l'appel, sans excuse valable, était renvoyé du service.

Après avoir constaté que tout son monde est sous les armes, le médecin commence la visite. Passant rapidement devant le lit des malades en traitement atteints d'affections chroniques, il s'arrête auprès de ceux dont la maladie présente quelque phase nouvelle ou quelque particularité intéressante sur laquelle l'interne attire son attention. Les nouveau-venus sont interrogés par l'élève chargé de les soigner et là avec une bienveillance toute paternelle, le médecin relève les erreurs du débutant et l'initie aux difficultés du dignostic et de la thérapeutique. Rien de plus curieux à étudier que cette foule qui se presse autour du lit du malade pour entendre la parole du maître, et déjà l'observateur attentif pourrait presque prédire à chacun de ces jeunes gens l'avenir qui lui est réservé.

Au premier plan sont les plus assidus et les plus laborieux. En arrivant, ils se sont enquis des malades entrés de la veille et quand le médecin n'a plus que trois ou quatre lits à visiter avant d'arriver au nouveau-venu, vous les voyez prendre les devants et s'installer aux premières places pour mieux voir. Armés de leur calepin, ils prennent des notes afin de ne rien perdre de ce qui sera dit. Ce sont presque toujours les mêmes. Parmi ceux là se recruteront les internes, les médecins des hôpitaux, en tout cas les praticiens capables et sérieux.

Il en est d'autres que j'appellerai les dissipés : La dissipation, *omnium lerna malorum*, répé-

Au deuxième : Le rédacteur en chef veillera naturellement à ce que sa chirurgie ne soit pas oubliée. Les comptes rendus de la Société de chirurgie, publiés régulièrement chaque semaine, sont écrits par une plume exercée, habile à mettre en lumière tous les traits saillants d'une communication; ils sont plus détaillés, plus complets que dans aucun journal, et reproduisent fidèlement ces séances pleines d'intérêt où se dessine le mouvement de la chirurgie française contemporaine. Si vous voulez savoir à quelle école nous appartenons, relisez une phrase qu'on citait ici-même il y a quelques jours (p. 40) : « Autour de nous je vois, Dieu merci, assez de jeunes chirurgiens instruits, humains, honnêtes et sages, pour constituer une école française capable de continuer les grandes et bonnes traditions chirurgicales de notre pays. » Voilà quels sont nos principes, et quels sont les hommes derrière lesquels nous voulons marcher. L.-G. R.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Études étiologiques sur la Fièvre typhoïde.

I. Les raisons de sa fréquence dans l'armée; — II. Son développement sous l'influence de causes banales, non infectieuses.

Par le docteur Lubanski, médecin-major au 93e régiment d'infanterie.

Il est incontestable qu'il n'est aucune maladie qui mérite mieux que la fièvre typhoïde le nom de maladie nécessaire, et que c'est bien là notre pyrexie fondamentale, pour les organismes dans l'âge moyen de la vie, comme sont les soldats. Il est possible que ce soit un fait particulièrement accentué à notre époque, favorisé chez nous par une question de race, et que l'aspect de notre pathologie se modifie plus tard sous ce rapport; quant aux climats, il est démontré qu'il n'en est point de réfractaire à la fièvre typhoïde, et que notre colonie d'Afrique, entre autres, partage en cela les aptitudes de la mère patrie. L'expédition de Tunisie en a fourni une nouvelle preuve. La spontanéité morbide de l'organisme pour la fièvre typhoïde est tellement hors de doute, que les causes d'infections les plus puissantes peuvent ne jouer qu'un rôle très accessoire dans son développement; mais, entendons-nous bien, si la fièvre typhoïde peut se développer sans germes, sans infection, elle peut aussi, selon les cas, procéder absolument d'une cause d'infection isolée et bien

---

tait souvent mon ancien professeur de sixième! Vous les voyez aux abords du groupe compacte qui écoute attentivement la démonstration du maître. Ils causent, les uns avec la sœur ou avec une jeune convalescente du lit voisin; les autres prêtent une oreille attentive au récit d'une soirée passée avec la grande Nana ou aux mots à effet de la nouvelle pièce du Palais-Royal. A l'expression de leurs traits, on comprend qu'ils n'engendrent pas de mélancolie, et si l'intelligence leur faisait défaut, il faut avouer que leur physionomie serait bien trompeuse. Ceux-là, s'ils ont un jour une situation, ils la devront non à un labeur opiniâtre, mais aux relations, au savoir-faire, aux hasards de la vie; voie périlleuse et incertaine où plus d'un sombrera!

De temps à autre les conversations sont interrompues par la voix du chef qui interpelle un de ces messieurs pour demander un renseignement qui n'est pas toujours donné d'une façon satisfaisante.

Cependant la visite suit son cours. Un bruit de pas assurés résonne sur le parquet, et l'on voit apparaître un monsieur en tenue très correcte, élégante même, un léger pardessus, d'une coupe irréprochable, largement ouvert, laisse voir la rosette qui orne la boutonnière de la redingote soigneusement fermée. A ce bruit, le professeur lève les yeux et s'interrompt, il a reconnu un confrère très répandu dans la colonie anglaise. Ce dernier s'avance vers lui, le prend par le bras et le tire à l'écart. Après quelques mots échangés, il le quitte précipitamment. Il s'agit simplement d'une consultation pour un personnage important arrivé récemment d'Angleterre.

Le chef a repris sa démonstration, lorsqu'un jeune médecin traverse la salle sur la pointe des pieds, et modestement, sans bruit, se glisse dans la foule pour suivre la visite. A un moment propice, il s'approche du maître et le prie d'admettre dans son service une malade de sa

déterminée; elle peut, en un mot, naître de toute cause, comme elle peut naître de rien, et ne procéder que de nous-mêmes, comme une manifestation morbide toujours à fleur d'organisme, si l'on peut dire ainsi. Ce qui maintient intacte la nécessité de poursuivre partout et toujours les foyers d'infection accessibles, puisqu'ils ont leur part aussi comme cause prédisposante à toute autre espèce de maladie.

J'ai eu l'occasion, dans l'espace d'une année environ, de recueillir quelques exemples de fièvre typhoïde développée, selon toute apparence, en dehors de toute cause infectieuse, et seulement sous l'influence des causes les plus banales, comme celles qui se trouvent inscrites, de temps immémorial, au seuil étiologique de toutes les maladies vulgaires et non spécifiques. Il me semble que ces observations ont quelque valeur pour montrer que la recherche de l'infection, dans le développement de la fièvre typhoïde, n'est souvent qu'une poursuite idéale et toute théorique; que cette manière d'être morbide de notre organisme est justiciable, à l'occasion de causes simples, où par hasard le microbe ne jouerait aucun rôle. N'est-il pas permis de considérer notre organisme comme assez riche en manifestations morbides (et il le prouve surabondamment), pour donner naissance à des formes bien spécifiees, telle que la fièvre typhoïde, sans autre cause qu'une impulsion simple, une déviation banale?

Voici les quelques exemples qui m'ont frappé à ce point de vue :

Obs. I. — M. G..., âgé de 40 ans, d'une très bonne constitution et d'une santé habituelle excellente, habitant la province, est obligé de se rendre à Paris dans le courant du mois de mai 1881, à l'occasion de la mort d'un personnage célèbre, de ses parents. Il assiste à son enterrement, et parcourt à pied le long trajet s'étendant de la maison mortuaire à l'église et au cimetière Montparnasse. C'était au milieu de la journée, et par un soleil assez ardent. M. G... ressent le soir un peu de fatigue, reste encore deux jours à Paris, et revient chez lui, se plaignant toujours de malaise. Ce malaise persiste pendant huit jours, accompagné de douleurs vagues, surtout vers la base du thorax, ce qui me fait soupçonner un commencement de pleurésie; il s'y joint à deux reprises, le soir, un mouvement fébrile bien caractérisé. Au bout de ce premier septénaire, pendant lequel le diagnostic resta incertain, la scène change et il se déclare une fièvre typhoïde, du type le plus classique et le plus complet. Je passe sur les détails de l'observation, et je me contenterai de dire qu'aucun signe n'a manqué à la régularité de cette fièvre typhoïde, qui a évolué normalement et s'est terminée par la guérison.

Il est hors de doute pour moi que le début de cette fièvre typhoïde remontait positivement à la cérémonie funèbre pendant laquelle M. G... avait fait un long trajet à

---

clientèle qui n'a pas le moyen de se soigner chez elle. Cette demande reçoit le meilleur accueil.

Au même instant pénètre dans le groupe un homme jeune, d'une tournure distinguée, çà et là il donne des poignées de mains; son arrivée a causé un léger mouvement. Le maître se trouve en présence d'un de ses anciens internes établi depuis deux ans en province. — Je suis heureux de vous voir, mon cher ami; quelle figure de prospérité! décidément la vie des champs vous convient mieux que celle de Paris. Je sais que vous réussissez parfaitement. Je vous l'avais prédit! Etes-vous médecin de l'hôpital! — Hélas! non et ne suis pas en voie de le devenir. — Et pourquoi donc? — On vient de nommer un officier de santé. — Les Béotiens! vous préférer un officier de santé! — Cela s'explique. Grâce à la nouvelle loi, la commission administrative fait les nominations sans contrôle sous la pression des influences locales et politiques. Et puis elle est absolument incompétente. — Comme c'est intelligent! Pour vous consoler, mariez vous. — C'est ce que je vais faire. — Sommes-nous amoureux? — Je suis pris. — Tant mieux. — Le beau-père a-t-il des écus? — Oui. — C'est complet. Faites-lui toutes mes félicitations d'avoir eu l'esprit de vous prendre pour gendre. Il s'est montré plus intelligent que les membres de votre commission administrative. Je parlais de vous tout à l'heure à ces messieurs; il y a au n° 7 un cas semblable à celui qui a fait le sujet de votre excellente thèse. Voyez-le donc.

Un moment après apparaît un étranger déjà d'un certain âge, au teint hâlé par le soleil; ce n'est point un habitué, car, à la porte de la salle, il a demandé à un infirmier le nom du médecin qui fait la visite, puis il se dirige vers le groupe qui l'entoure et se mêle aux assistants, mais le professeur a bientôt reconnu un ancien camarade d'études qui exerce en province et qui est venu se retremper à Paris aux sources vives de la science. Après les politesses d'usage, il lui fait les honneurs de la séance.

pied, une longue station dans une église et au cimetière, et était resté longtemps exposé au soleil. C'est à partir de ce moment que le malade a ressenti un malaise qui s'est continué pendant huit jours, lesquels n'étaient rien autre chose que la période d'incubation de la fièvre typhoïde à laquelle nous avons assisté ensuite, et qui, je le répète, a présenté le type le plus achevé de la fièvre typhoïde à forme commune. A elle seule la température, régulièrement prise matin et soir, en serait un témoignage suffisant. Deux confrères avec moi ont confirmé le diagnostic et suivi le traitement de ce cas, qui par moments a côtoyé les formes graves. Je ne me dissimule pas les objections que l'on peut élever contre ce fait, au point de vue de la spontanéité de la maladie : le voyage à Paris, notamment, pourra être incriminé, bien qu'il ait été de quatre jours seulement et dans une saison qui n'est pas celle de l'épidémie parisienne. Les partisans de l'infection quand même pourront la trouver à tel moment qu'il leur plaira, du passage du malade dans la grande ville. N'est-il pas remarquable, cependant, de voir cette fièvre typhoïde débuter d'une façon précise à la suite d'une journée de fatigue, de quasi-insolation, peut-être avec des alternatives de refroidissement, en un mot sous l'influence de causes essentiellement banales !

Voici d'ailleurs un second exemple qui offre, avec le précédent, une ressemblance étiologique frappante, mais dont les suites ont été autrement graves.

Obs. II. — M. D..., âgé de 42 ans, habite une petite ville de province, qu'il n'a jamais quittée. Il jouit d'une bonne santé, sauf un léger degré d'alcoolisme. Au mois d'août 1881, par une chaude journée, il assiste à l'enterrement d'un de ses amis intimes, où il tient l'un des cordons du poêle. La cérémonie est d'assez courte durée ; le trajet à parcourir ne dépasse pas 2 kilomètres. A dater de ce moment, M. D... commence à se plaindre vivement d'une céphalalgie, surtout violente dans la région occipitale, et s'étendant jusqu'à la nuque. Dans les premiers jours, il est sans cesse tourmenté par cette douleur qu'il appelle un torticolis; le malaise augmentant, il s'alite, la fièvre s'allume et la prédominance des symptômes cérébraux fait d'abord croire à une méningite. Mais bientôt le doute n'est plus possible, et l'on se trouve en présence d'une fièvre typhoïde grave, qui évolue avec tout son cortège d'accidents ataxo-adynamiques et se termine par la mort, après un mois de durée totale.

On remarquera, dans ces deux cas, l'identité du fait précis à la suite duquel a débuté la maladie; ce que je ne veux point faire ressortir autrement que comme une coïncidence singulière. Dans cette seconde observation, il y a déjà moins de prise pour l'infection, puisqu'il n'y a pas eu de voyage à Paris, et que le malade

---

Enfin arrivent successivement d'anciens internes, aujourd'hui candidats au Bureau central auxquels il indique, comme exercice, certains cas difficiles de diagnostic, puis les externes d'un service voisin qui est terminé, et c'est au milieu de ce cortège nombreux et attentif que se poursuit et s'achève la visite des malades.

Lorsqu'elle est finie et que le chef de service est revenu au point de départ, à cette petite table sur laquelle il signe les cahiers, là, entouré de ses élèves, il demande à l'un des nouvelles de son examen; à l'autre, s'il est content de son concours; à celui-ci comment il a traité sa question écrite, à celui-là quel sera son sujet de thèse. Puis, avec les candidats du Bureau central, il discute le diagnostic des malades qu'ils ont examiné. A chacun il donne un bon conseil, ou une marque d'intérêt. Mais le temps marche, d'autres devoirs l'appellent ailleurs et c'est avec peine qu'il s'arrache à ce milieu si sympathique.

Ainsi un grand nombre de malades guéris ou soulagés, des incurables consolés, l'instruction largement prodiguée à tous ces élèves en même temps que cette éducation médicale si nécessaire à l'exercice de notre art; un bon exemple donné à ces jeunes gens qui savent si bien rendre justice au maître, et dont la plupart conserveront pour lui une affection et un respect qui l'accompagneront dans le reste de sa carrière. Tel est le bilan de cette matinée qui se renouvelle tous les jours. N'est-il pas fait pour tenter un cœur d'élite? Aussi je ne connais pas de plus noble et de plus légitime ambition que celle d'être médecin des hôpitaux. Elle, au moins, n'expose pas, comme certaines ambitions malsaines, trop communes de nos jours, aux compromissions honteuses et à l'abaissement du caractère. Dr X.

résidait toujours en province, dans une maison des plus saines, entourée de jardins. Il semble encore difficile de ne pas admettre dans ce cas l'influence de la fatigue, et surtout de l'insolation, puisque dès le début c'est par des phénomènes cérébraux que le mal s'est révélé, et qu'ensuite il a conservé cette empreinte jusqu'à la terminaison fatale.

Obs. III. — Le troisième fait se rapporte à une petite fille de 7 ans, habituellement très bien portante, et dans les meilleures conditions de résidence et d'hygiène. Au mois de septembre 1881, après une journée de promenade avec quelques amis de son âge, promenade entremêlée de courses, de jeux, et suivie d'une grande fatigue, l'enfant est prise d'un malaise vague, d'inappétence et d'insomnie durant une huitaine de jours. Au bout de cette période de véritable incubation, se déclare une fièvre typhoïde, avec toutes les particularités qui lui sont familières chez les enfants de cet âge : marche rémittente de la fièvre, tendance aux manifestations nerveuses, délire, agitation. Le diagnostic, non douteux, était surtout assuré par l'état de la langue, par les taches rosées et le ballonnement du ventre. La guérison s'est faite, après une convalescence un peu longue, traversée par quelques retours des accès fébriles rémittents du début.

Voici donc une enfant, aussi préservée que possible de toute cause d'infection, et qui commence une fièvre typhoïde, comme dans les exemples précédents, à la suite d'une journée où elle s'est beaucoup remuée, et, en quelque sorte, surmenée. N'en est-il pas de même chez beaucoup de sujets qui ont la fièvre typhoïde peu de temps après leur arrivée dans une grande ville, et ceux-là aussi ne subissent-il pas l'influence de fatigues nouvelles pour eux, et d'un surmenage souvent trop réel, plutôt que des seuls agents infectieux?

Obs. IV. — Le dernier cas qui me reste à rapporter a été recueilli sur un soldat de mon régiment, le nommé F..., âgé de 22 ans, grand, robuste et d'une très bonne santé.

Le 20 février 1882, cet homme se présente à ma visite, atteint déjà d'un embarras gastrique grave, qui vingt-quatre heures après est devenu une fièvre typhoïde au grand complet. Il n'y a pas eu de malaise prémonitoire; mais, la veille de sa venue à l'infirmerie, cet homme était de garde au Palais de Justice, et se trouvait précisément de faction dans la salle même de la Cour d'assises, pendant que se jugeait une affaire de meurtre, terminée par une condamnation à mort. En raison de cette circonstance, et pour ne pas troubler les débats, F... fut laissé de faction dans la salle pendant trois heures, qu'il passa debout, dans une atmosphère surchauffée; sans doute aussi partageait-il les émotions qui agitaient tout le public. C'est à la suite de cette faction prolongée, dans ces circonstances exceptionnelles, que F... s'est senti indisposé dès le soir même. On a vu avec quelle rapidité la fièvre typhoïde s'est confirmée chez lui. Elle a été classique, avec tendance aux accidents cérébraux; c'était une forme nerveuse, qui a guéri, et le sujet est actuellement en congé de convalescence.

A cet exemple, on peut faire aussi de graves objections. Le malade est un soldat, et nous savons de reste qu'il y a toujours ample matière à infection dans les casernes, d'où la fièvre typhoïde n'est jamais complètement absente. Cependant le fait en question s'est produit en dehors de toute épidémie; il a été précédé, et visiblement déterminé par le fait d'une fatigue exceptionnelle, fatigue physique doublée aussi d'une forte impression morale. C'est par ces caractères de la netteté du début, et de sa concordance avec une cause précise, que ce dernier cas m'a paru se rattacher aux précédents, et concourir à la même argumentation, savoir : que la fièvre typhoïde peut résulter de l'action tant soit peu énergique de causes banales, telles que la fatigue, le surmenage, les intempéries, l'action prolongée des agents cosmiques, comme la chaleur du soleil; et que l'infection n'est pas toujours et forcément en jeu là où se développe la fièvre typhoïde. Je dis seulement que la fièvre typhoïde est une forme morbide de prédilection pour notre organisme, surtout à certains âges, prédilection qui fait que des causes très diverses, et parmi celles-ci des causes non spécifiques, peuvent donner naissance à la maladie; mais je ne prétends pas qu'en outre, des causes véritablement infectieuses ne soient très souvent l'agent d'impulsion qui fait sortir de nous la fièvre typhoïde, et que ces causes et leurs foyers ne doivent être partout rigoureusement pourchassés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES ET LA RÉFORME DU CODE D'INSTRUCTION CRIMINELLE.

Le projet de loi sur l'Instruction criminelle, actuellement en discussion devant le Sénat, détermine par les articles 56 à 61, le mode de recrutement des experts et les conditions des contre-expertises que pourront toujours réclamer les inculpés ou leurs défenseurs. Les dispositions nouvelles doivent-elles apporter des modifications considérables à la pratique habituelle de la médecine légale? Avant de répondre à cette question intéressante pour un grand nombre de nos confrères, il est utile de faire connaître le texte des articles de loi adoptés par la Chambre haute dans la séance du 26 mai dernier.

ART. 56. — Le juge d'instruction désigne, au besoin sur la liste annuelle dressée suivant l'art. 62, un ou plusieurs experts qu'il charge des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité.

ART. 57. — L'inculpé peut choisir sur ladite liste, un expert qui a droit d'assister à toutes es opérations, d'adresser toute réquisition aux experts désignés par le juge d'instruction et qui consigne ses observations, soit au pied du procès-verbal, soit à la suite du rapport.

S'il y a plusieurs inculpés, s'ils doivent se concerter pour faire cette désignation, ce choix doit être fait 48 heures au plus tard après l'avis qui est donné a l'inculpé de la désignation du premier expert.

ART. 58. — Le juge d'instruction statue, sauf recours à la chambre du Conseil, sur tous les incidents qui s'élèvent au cours de l'expertise.

Il peut en tout état de cause adjoindre un ou plusieus experts à ceux précédemment designés.

ART. 60. — Les rapports d'experts doivent être tenus à la disposition des parties 48 heures après leur dépôt.

ART. 61. — Si l'expertise est achevée avant la mise en cause ou l'arrestation de l'inculpé, celui-ci a le droit, après la communication du rapport, de choisir sur la liste annuelle un expert qui examine le travail des experts commis et présente ses observations et réquisitions.

ART. 62. — La liste des experts qui exercent devant les tribunaux est dressée chaque année pour l'année suivante par les Cours d'appel, sur l'avis des Facultés, Corps savants, Tribunaux civils, Tribunaux de commerce, suivant les formes fixées par un règlement d'administration publique. Néanmoins, la Chambre du Conseil peut, lorsque les circonstances l'exigent, autoriser la designation d'experts qui ne figurent pas sur les listes annuelles.

Le législateur a donc deux objets en vue dans la nouvelle loi : 1° mieux sauvegarder l'intérêt de la defense; 2° assurer le recrutement des experts et le contrôle de leurs opérations.

Relativement au premier point, l'innovation inscrite dans la loi existe déjà en fait dans la pratique actuelle. Le médecin lui-même est le premier à réclamer dans les cas graves ou douteux l'adjonction de confrères d'une compétence spéciale, et le parquet fait toujours droit à cette demande. En réalité, par conséquent, les opérations sont contrôlées; les constatations d'urgence du premier expert sont ainsi vérifiées et discutées, et les intérêts de l'inculpé, sont toujours sauvegardées. La meilleure preuve en est le nombre relativement considérable des abandons de poursuites que le juge d'instruction et les Chambres de mise en accusation décident chaque année, après la lecture des rapports médico-légaux d'experts choisis suivant l'usage par le juge d'instruction. De plus, il n'est pas rare de voir la défense se servir en faveur des inculpés des conclusions des rapports médico-légaux, nouvelle démonstration des garanties d'impartialité des expertises, telles qu'elles se font actuellement.

En tout cas, la contre-expertise, telle qu'elle est déterminée dans les articles précédents constitue une amélioration incontestable dans les petites localités. Elle permettra un sérieux contrôle des premières opérations et facilitera au ministère public et à la défense le recours aux lumières des médecins du siège de la Cour d'appel.

Mais, pour que la contre-expertise ne devienne pas dans quelques circonstances l'origine de conflits, ou de la part de certains hommes, un prétexte à des querelles personnelles, sous les apparences de faciles critiques, il serait utile qu'un règlement fixât le mode opératoire des expertises médico-légales. Dans la plupart des États de l'Europe, des règles uniformes ont été adoptées pour les recherches de ce genre et même en Allemagne pour les simples autopsies udiciaires. L'Italie vient de suivre cet exemple, et un décret a déterminé la marche à suivre dans les expertises de ce genre.

Sous le rapport du recrutement du personnel des experts, il est vraisemblable que l'adoption de la nouvelle loi ne modifiera pas le mode de procédure actuellement en usage. Dans les

grandes villes, la liste des experts des cours d'appel existe en fait, et les juges d'instruction ne s'adressent pas au premier venu. Il est d'ailleurs probable que les fonctions médico-légales ne seront recherchées que par un petit nombre de candidats, à moins qu'une rémunération plus équitable soit quelque jour accordée aux médecins légistes.

Mais si une rémunération réellement *impertinente*, selon l'expression énergique du rapporteur de la loi, est assurée aux médecins commis par le parquet; quelle sera donc celle des experts choisis par les inculpés? Quelque grand que soit le dévouement du Corps médical, il a des limites. Vraiment les auteurs de la loi et les rédacteurs de règlements d'administration publique, devraient bien songer que le médecin est un homme comme un autre, qu'il a des besoins à satisfaire, et que la science mérite tout au moins quelque respect, surtout quand on a besoin d'elle dans les circonstances les plus graves et les plus difficiles.

Si le médecin est honoré d'être appelé par son savoir à éclairer la justice, cet honneur mériterait bien un honorarium qui, au dire de M. Prudhomme, pour un hononorarium soit un honorarium. — Ch. Eloy.

ACADEMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Granier, médecin-major, intitulée : *De la revaccination.*

2° Une lettre de M. le docteur Simarre, sur le traitement de la fluxion de poitrine.

2° Un mémoire de M. Decroix, intitulé : *Neuf cas de guérison de la rage.*

1° Le docteur Ménecier a inoculé la salive d'un chien enragé à deux chiens et un lapin. Ceux-ci sont morts de la rage, tandis que celui qui avait fourni le virus a guéri.

2° Dans les expériences qu'il a faites sur la rage, M. Decroix a inoculé la salive d'un chien enragé a un autre chien. Le premier est mort, tandis que le second a contracté la rage et a guéri.

3° M. Decroix a inoculé la salive d'un homme, quelques heures avant qu'il ne mourût de la rage, à un chien qui est devenu enragé et qui a guéri.

4° M Rey, ancien directeur de l'École vétérinaire de Lyon, a reçu dans les hôpitaux un chien mordu par un autre chien enragé. La rage furieuse s'est déclarée, et il a guéri.

5° M. Laquerrière, vétérinaire militaire, a vu une chienne mordue par un chien enragé. Elle a contracté la maladie; l'abatage a été ordonné avec insistance; le propriétaire n'a point voulu s'y résigner; sa chienne a guéri sans soins.

6° Le docteur Lunel a traité un moissonneur atteint de la rage, après avoir été mordu par un chien enragé; il a guéri. Un chien, mordu le même jour par le chien enragé, puis séquestré comme suspect, est mort de la maladie.

7° Le docteur Nichols, à une époque où un homme et des animaux étaient morts de la rage dans la localité, fut appelé pour donner ses soins à un Anglais qui présentait les symptômes caractéristiques de la rage furieuse. Il a fini par guérir en quelques jours. Il avait été mordu vingt et un jours auparavant par un chien qui n'a pas été retrouvé.

8° Un chien enragé mordit deux hommes, une vache et un chien; tous furent atteints de la rage, tous moururent, excepté un homme, à qui le docteur Hooper, médecin anglais, donna des soins.

9° Dans sa longue carrière militaire, M. Decroix a vu un cheval présenter les symptômes les mieux caractérisés de la rage furieuse; il a guéri en huit à dix jours, comme tous les hommes ou les autres animaux qui ont guéri.

Dans la *rage furieuse*, les accès vont en augmentant de fréquence et d'intensité pendant deux ou trois jours; sont à leur *summum* pendant deux ou trois jours, et disparaissent en deux ou trois jours, lorsque la mort n'a pas lieu vers le cinquième ou sixième jour.

Les princes de la science qui n'ont *pas vu* de cas de guérison, ont tort de ne pas citer les cas de guérison relatés par des praticiens qui *ont vu*, et de ne citer que des cas d'insuccès ou d'erreur de diagnostic, et de propager pour cela même dans le public des idées erronées et désespérantes.

Le Comité de la rage (MM. A. Bourrel, fondateur, M. Decroix, président), a fait, depuis 1874, une foule d'expériences, avec les médicaments réputés comme étant curatifs de la rage, dont trois fois avec la pilocarpine; et toujours ces médicaments ont hâté la mort par les violents accès qu'ils provoquaient.

Dans le cours de ses expériences, M. Decroix a observé deux cas de *rage calme*, ce qui n'a pas empêché une issue fatale.

Le Comité de la rage est toujours disposé à faire des expériences avec l'aide des praticiens qui croient avoir un traitement curatif.

CONCLUSION.

1° Il est démontré expérimentalement que la rage peut guérir spontanément.

2° Jusqu'à ce jour, aucun traitement n'a fait ses preuves antirabiques, et les cas de guérison attribués à tel ou tel médicament, peuvent aussi bien être attribués aux efforts de la nature.

3° Tous les moyens empiriques ou rationels essayés par le Comité de la rage, depuis 1874, y compris les injections d'azotate de pilocarpine, ont plutôt hâté que retardé le moment de la mort des sujets.

4° Les chiens qui ont guéri ayant été laissés dans le calme, et, les médications provoquant généralement des accès épuisants, il y a indication dans l'état actuel de nos connaissances, de laisser les hommes enragés dans le plus grand calme, réservant les expériences pour les animaux.

5° L'émoussement des dents du chien, opération facile et peu douloureuse, est encore le préservatif le plus efficace contre la propagation de la rage.

6° Les sujet enragés laissés dans l'obscurité et le calme n'ont point des accès aussi épouvantables, à beaucoup près, que s'ils sont irrités par les provocations et les médications ordinaires; et, en ce qui me concerne, je préférerais être atteint de la rage, que de bien d'autres maladies, et en particulier du *chancre rongeur des fumeurs*. (Renv. à l'examen de M. Bouley.)

—

M. TARNIER offre en hommage deux brochures, qui proviennent du tirage à part de deux articles extraits : l'un, des *Annales de gynécologie*; l'autre, du *Progrès médical*. Le premier de ces articles est intitulé : *Considérations sur le forceps*; l'autre est le *Discours* que M. Tarnier a prononcé à la distribution des prix de la Maternité.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Mauricet de (Vannes), le *Compte rendu des épidémies, des épizooties et des travaux du Conseil du Morbihan, pendant l'année* 1881.

M. BAUDRIMONT offre en hommage un exemplaire de la 6e édition du *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales et des moyens de les reconnaître*, ouvrage fait en collaboration avec A. Chevallier.

M. Ernest BESNIER présente, au nom de M. le docteur J. Teissier (de Lyon) : 1° un rapport fait à la Société de médecine de Lyon, sur les égouts et fosses d'aisances de la ville de Lyon, au point de vue de l'hygiène; 2° une série de rapports faits à la Société de médecine de Lyon *sur les maladies régnantes*.

M. BLANCHON présente, au nom de M. A. Ballaud, pharmacien-major de 1re classe, une brochure intitulée : *Travaux scientifiques des pharmaciens militaires français*.

—

M. le docteur VIDAL (Emile), médecin en chef de l'hôpital d'Hyères, lit un travail intitulé : *Des cautérisations ponctuées et multipliées dans le traitement des maladies des organes respiratoires*. Nous donnerons ce travail *in extenso*.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

Voici l'ordre de présentation des candidats par la commission : En première ligne, *ex æquo*, MM. Gariel et Javal ; — en deuxième ligne, M. Bouchardat; — en troisième ligne, M. Hardy; en quatrième ligne, M. Onimus.

Le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Gariel obtient 57 suffrages, M. Javal 5, M. Onimus 3, M. Bouchardat 2, M. Hardy 1.

En conséquence, M. Gariel ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

—

M. PROUST, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport officiel sur le service des eaux minérales pendant l'année 1880. Les conclusions de ce rapport seront lues dans le comité secret qui doit suivre la séance.

—

M. Henri GUENEAU DE MUSSY, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport sur le service des épidémies pendant l'année 1881.

M. le rapporteur appelle surtout l'attention sur les lacunes et les desiderata de l'organisation de ce service, la pénurie des documents administratifs mis à la disposition des médecins des épidémies, le petit nombre des rapports adressés à l'Académie par ces médecins, le défaut de surveillance et de précautions prises pour empêcher les maladies épidémiques (variole, rougeole, scarlatine, diphthérite, etc.) de se propager par contagion, l'incurie extrême des particuliers et des administrations dans l'observance des mesures d'hygiène et de prophylaxie les plus élémentaires, etc., etc.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des rapports sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies.

JOURNAL DES JOURNAUX

Injections sous-cutanées d'iodoforme dans la syphilis, par THOMANN. — L'auteur emploie l'iodoforme en suspension dans la glycérine dans la proportion de 6 sur 20. De 0 gr. 30 d'iodoforme par injection, il est arrivé à la dose de 0,75. Il s'adressait aux accidents précoces de la syphilis, bien caractérisée par l'induration et l'engorgement polyganglionnaire. Bien qu'il mentionne qu'après dix ou douze injections il a observé des effets curatifs manifestes, Thomann a surtout pour but, dans cette première note, de signaler l'innocuité locale et générale des injections iodoformiques, la question thérapeutique réservée; il n'y a jamais eu d'abcès au siège de la piqûre; Binz et Högyes avaient déjà noté ce fait chez les animaux; la douleur est légère et momentanée; la peau reste rouge avec une légère induration pendant quelques jours. La préparation: iodoforme, 1 ; huile d'amandes douce, 20, est un peu moins inoffensive.

L'apparition de l'iode dans l'urine est signalée dans les deux premières heures qui suivent l'injection. L'odeur d'iodoforme est appréciable dans l'haleine, la sueur, l'urine. Il n'y pas de réaction générale; l'action soporifique, observée dans les expériences sur les animaux, a été nulle ici, sans doute en raison des faibles doses employées. Aucun effet appréciable sur le pouls ou la température. (*Centralbl. f. med. Wissenschaft*, 29 octobre 1881.)

Coloration des cheveux sous l'influence de la pilocarpine. — Cette observation de *trichomélanogénésie*, suivant le néologisme de F. Jacquot, nous vient d'Amérique; 12 jours après le début d'un traitement énergique par les injections sous-cutanées de pilocarpine, on remarqua que les cheveux d'une blonde aux yeux bleus fonçaient singulièrement; vingt-six jours après, ils avaient atteint le châtain foncé, et enfin, au bout de neuf semaines, ils étaient du plus beau noir. L'examen microscopique montra qu'il s'était en effet produit une accumulation de pigment; de même que dans le système pileux du corps entier, quoiqu'en moindre proportion. Enfin les yeux eux-mêmes étaient passés au bleu sombre! (*Philad. med. Times*, 1881, n° 355). — R. L.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 30 juin au 6 juillet 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,041. — Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 22. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 46. — Dysenterie, 3. — Érysipèle, 12. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 49. — Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchites aiguës, 25. — Pneumonie, 64. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 60; au sein et mixte, 35. inconnus, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100 ; circulatoire, 58; respiratoire, 61 ; digestif, 44 ; génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 6.

CONCLUSIONS DE LA 27[e] SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,119 naissances et 1,041 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,105, 1,008, 1,101, 960. Le chiffre de 1,041 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (35 décès au lieu de 50 pendant la 26[e] semaine) et pour l'Infection puerpérale (3 décès au lieu de 4).

Une aggravation pour la Variole (22 décès au lieu de 8), la Rougeole (28 au lieu de 22), la Diphthérie (46 au lieu de 42), l'Érysipèle (12 au lieu de 5);

Les décès par Scarlatine ont atteint le même chiffre (6) que durant la 26e semaine.

En résumé, on voit qu'il y a eu une diminution sensible des décès typhiques, compensée par une augmentation à peu près égale du nombre des décès par Variole. L'Erysipèle a fait de nombreuses victimes. La Diphtérie, tout en présentant un chiffre de décès un peu supérieur à celui de la dernière semaine, reste au-dessous du nombre hebdomadaire moyen des décès causés par cette affection pendant les mois précédents.

On remarquera le chiffre élevé des décès par Rougeole (28). L'épidémie qui a servi avec tant d'intensité, au mois de mai dernier, ne s'est donc pas autant atténuée que pourrait le faire croire la diminution survenue dans l'envoi des cartes dénonçant les cas d'invasion de cette maladie. En outre, il ne faut pas oublier que le total des victimes portées au compte de la Rougeole doit être augmenté du nombre de celles qui sont mortes des suites de l'Inflammation catarrhale de la muqueuse bronchique, conséquence de l'affection rubéolique, et qui, faute de renseignements suffisants, ont été inscrites au compte des affections des organes respiratoires.

En ce qui concerne les cas d'invasion, de Variole, Fièvre typhoïde, et Diphthérie, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse pour chacune de ces affections un nombre d'admissions supérieur à celui enregistré dans le dernier bulletin savoir: Variole, 54 malades reçus du 26 juin au 2 juillet, au lieu de 51 entrés pendant les 7 jours précédents; Fièvre typhoïde, 102 au lieu de 96, et Diphtérie 35 au lieu de 28.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Suppositoire contre les érections douloureuses. — A. Martin.

Hydrolat de chloral.	0 gr 75 à 1 gr.
Beurre de cacao	4 grammes.
Cire blanche	q. s.

Pour un suppositoire. — Si un seul ne suffit pas, on en applique un second dans la journée; mais la dose de 1 gram. de chloral ne doit pas être dépassée pour chaque suppositoire. Le chloral agit efficacement contre l'éréthisme général; il modère la réaction inflammatoire et joue le rôle d'un antiphlogistique. — On peut également l'administrer en lavement à la dose de 1 gramme pour 200 grammes de véhicule. — N. G.

COURRIER

Les ateliers de l'Imprimerie étant fermés vendredi 14 juillet, jour de la FÊTE NATIONALE, l'Union Médicale ne paraîtra pas samedi 15 juillet.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 7 juillet 1882, M. le docteur Duriau, médecin de la Santé à Dunkerque, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse de doctorat sont désormais priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, complété par les questions, et revêtu de la signature du président choisi par le candidat;

2° Remise, au secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : 1° le nom du candidat de la thèse; 2° la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. Le candidat complètera cet engagement par une note renfermant : 1° le nom du président de la thèse; 2° l'indication du sujet de la thèse; 3° le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. Le secrétaire de la Faculté fera connaître au candidat le numéro d'ordre de sa thèse.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, et, au verso, la liste des professeurs

et agrégés. Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 135 *exemplaires*, de la thèse à la Faculté.

Les candidats qui n'auraient pas rempli ces conditions seront rayés du tableau des actes.

CONCOURS POUR L'ADMISSION DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1er septembre 1882, dans le but de pourvoir à douze emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin.

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions.

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement, dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de première classe, et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi, au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admisssion au concours.

Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien.

Pour le grade d'aide-médecin. — Premier examen (verbal). — Première partie : Anatomie descriptive : ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères, veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères; deuxième partie : Préparation d'une pièce anatomique. — Deuxième examen (verbal). Éléments de pathologie générale et de séméiotique. — Troisième examen (verbal). Chirurgie élémentaire (théorie et pratique.) — Quatrième examen (écrit). Pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien. — Premier examen (verbal). Première partie : Éléments d'histoire naturelle médicale; deuxième partie : Détermination de plusieurs médicaments d'origine organique. — Deuxième examen (verbal). Première partie : Éléments de physique ; description d'un ou plusieurs médicaments; deuxième partie : Une préparation pharmaceutique au laboratoire. — Troisième examen (verbal). Première partie : Éléments de chimie; deuxième partie : Manipulation chimique au laboratoire. — Quatrième examen (écrit) : Pharmacie.

— *L'Année Médicale* (1881) vient de paraître à la librairie E. Plon et Ce. Cette utile publication, qui est à sa quatrième année est fort appréciée du public médical, dans la bibliographie duquel elle comble une lacune importante. Le volume de cette année, a été augmenté des faits nécrologiques et de l'indication des principales réformes accomplies dans l'enseignement médical et dans l'assistance publique. Un vol. in-18. Prix : 4 francs.

—

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR LE MÉCANISME DE L'ARRÊT DES HÉMORRHAGIES,

Note lue à l'Académie des sciences, le 3 juillet 1882,

Par G. HAYEM.

Andral, en examinant au microscope la couenne liquide du sang recueilli dans un vase, sang pur ou mélangé au sortir de la veine avec 1/7e de son volume d'une dissolution saturée de sulfate de soude, a cru reconnaître que la fibrine tout entière est tenue en suspension sous forme de petits corpuscules blancs de 1/500e de millimètre de diamètre. Il a pu même voir, au moment où cette couenne se solidifie, qu'à ces corpuscules blancs s'ajoutent des filaments formant des réseaux superposés et par suite une sorte de feutrage.

Beaucoup d'autres observateurs aperçurent également dans le sang en voie de coagulation des petits grains pâles, isolés ou agminés et des filaments de fibrine.

En 1873, M. Vulpian fit la remarque que quelques-uns de ces filaments partaient des amas corpusculaires. Enfin, à la même époque, M. Ranvier se prononça sur la nature de ces petits corps et sur les rapports qu'ils affectent avec le réticulum fibrineux. « Il est probable, sinon prouvé, a-t-il dit, que les granulations anguleuses qui existent dans le sang sont de petites masses de fibrine et qu'elles deviennent des centres de coagulation, comme un cristal de sulfate de soude plongé dans une solution du même sel est le point de départ de la cristallisation. »

Tel était l'état de nos connaissances sur ce sujet, lorsque j'annonçai, en 1877, qu'il existe dans le sang de petits éléments particuliers ayant la propriété singulière de s'altérer instantanément dès qu'ils sortent de l'organisme, ou plutôt dès qu'ils sont en contact avec un corps étranger. Comme ces éléments sont destinés à devenir des globules rouges, je proposai de les appeler hématoblastes.

Les corpuscules aperçus par les auteurs que je viens de citer n'étaient autres que ces héma-

FEUILLETON

G. A. OTIS.

Le grand nom chirurgical qui s'est éteint à Washington le 22 février 1881, ne doit point sa réputation à l'éclat d'un enseignement, à l'habileté opératoire, à une retentissante clientèle ; c'est dans les fonctions modestes d'un département ministériel, que l'auteur des volumes chirurgicaux de la guerre de sécession a pu élever à la Chirurgie d'armée le monument le plus considérable peut-être qui existe.

George Alexandre OTIS était né à Boston le 12 novembre 1830, d'une honorable famille, comptant des membres distingués dans la magistrature, la littérature et la médecine. Il perdit son père de bonne heure; la tendresse d'une mère fit des prodiges autour de ses premières années, ne cessa de l'entourer pendant toute sa laborieuse carrière, et survit aujourd'hui à ce grand deuil. Il fit de bonnes études classiques ; mais une imagination débordante, des tendances littéraires accusées, sa soif d'instruction générale, en l'éloignant de l'étroit programme, ne firent jamais de lui l'élève hors ligne, le lauréat des concours scolaires. La littérature française l'attirait surtout, qui devait faire un des grands engouements de toute sa vie ; amoureux de la poésie, il rimait agréablement.

Après des études médicales un peu écourtées, il recevait le diplôme de docteur en médecine, en 1850, à Philadelphie, où se distribuait un enseignement éminemment français, qu'il avait hâte de venir compléter à Paris même, le voyage d'outre-mer étant alors considéré

toblastes plus ou moins profondément altérés. Je fis voir bientôt que le processus de coagulation était intimement lié aux modifications de ces éléments. Dès lors, l'acte de la coagulation ne pouvait plus être comparé à une sorte de cristallisation; nombre de faits prouvaient qu'il dépendait des propriétés d'un élément morphologique et constant du sang, dont j'ai constaté l'existence chez tous les vertébrés.

Dans les travaux que j'ai publiés de 1877 à 1881, j'ai insisté sur la viscosité que les hématoblastes acquièrent dès qu'ils ne sont plus dans des conditions normales. Ils adhèrent alors entre eux et à tous corps étrangers, notamment aux parois des vases et des instruments, aux lames de verre des préparations microscopiques, aux baguettes de diverses natures servant à la défibrination. Ce n'est qu'après avoir subi des métamorphoses déjà très manifestes, dont cet état visqueux est le premier degré, qu'ils deviennent les principaux points de départ et d'attache des filaments du réseau fibrineux.

Je fis voir, de plus, que toutes les conditions connues comme ayant pour effet de retarder ou d'empêcher la coagulation s'opposaient aux altérations des hématoblastes, tandis que les conditions contraires facilitaient les transformations des mêmes éléments.

Entrée, je crois, dans une voie nouvelle, l'étude de la coagulation n'en est pas moins très complexe.

En poursuivant cette étude, j'ai été conduit à examiner la manière dont s'arrête l'écoulement de sang résultant de la blessure d'un vaisssau.

Il était probable, d'après les faits que je viens de rappeler, que les hématoblastes devaient prendre une part active au processus de l'arrêt du sang. Encore fallait-il préciser exactement cette part.

Dans les cas de blessures non mortelles d'un vaisseau, l'hémorrhagie, rapide au début, se ralentit progressivement, puis s'arrête. Pour expliquer ce résultat favorable, on a invoqué la contraction de la paroi vasculaire. Elle est réelle et même énergique pour les artères de moyen et de petit calibres, presque nulle pour les veines. Mais cette contraction ne peut, à elle seule, obturer la plaie. Il a paru simple et naturel de faire alors intervenir la coagulation du sang. Cependant un moment de réflexion montre qu'il y a dans cet arrêt du sang, par formation apparente d'un caillot, quelque chose de particulier dont il faut chercher le mécanisme.

En effet pendant l'hémorrhagie, le sang qui passe entre les lèvres d'une plaie vasculaire est toujours nouveau; que l'on recueille ce sang dans un vase, il ne se transformera en une masse gélatineuse qu'au bout de plusieurs minutes. Pourquoi donc se forme-t-il entre les bords de la plaie béante un bouchon solide, qui est bientôt assez résistant pour s'opposer à l'issue de toute trace de sang? C'est là le point sur lequel je pense pouvoir apporter quelques nouveaux éclaircissements.

Après avoir mis à nu la jugulaire externe d'un animal, d'un chien, par exemple, on fait au

---

comme un complément absolument indispensable à toute éducation médicale. Otis traversait donc l'Atlantique et s'installait à Paris au mois de septembre suivant. Il a laissé un journal manuscrit de l'emploi de ses journées à cette époque : il suivait les leçons de Piorry, de Cruveilhier, d'Andral; il étudiait l'ophthalmologie avec Desmarres; il était surtout attiré par les grands chirurgiens qui avaient nom : Nélaton, Civiale, Malgaigne, Jobert, Roux, Velpeau. En somme, ses occupations étaient celles d'un étudiant curieux, diligent, cherchant sa voie. Les évènements dont Paris fut bientôt le théâtre provoquèrent le premier éveil des aptitudes qui devaient illustrer son nom.

Prévoyant, dit un de ses biographes (détail bien américain), que le sang allait couler dans la rue, il se voua à l'étude de la chirurgie d'armée. Il allait feuilleter, à la Bibliothèque de l'Ecole de médecine, les mémoires de Larrey, et cette lecture le passionnait. Il s'en procurait immédiatement un exemplaire pour approfondir les nombreuses questions qui y sont si magistralement traitées. Et le lendemain du 2 décembre, il se rendait chez Roux, chez Velpeau, chez Jobert, et s'initiait à leur pratique dans le traitement des plaies par armes à feu.

Au printemps de 1852, Otis repassait la mer et s'installait à Richmond où il ne tardait pas à fonder : *The Virginia medical and surgical Journal*. Richmond possédait déjà un organe médical : *The Stethoscope*. Ces deux publications se gênaient, s'étouffaient : après plusieurs années de rivalités, elles fusionnaient. Otis qui, sur ces entrefaites, avait porté ses pénates à Springfield (Massachussetts), où il comptait trouver une clientèle plus rémunératrice, demeurait correspondant du Virginia medical Journal (1854-59). Il commençait à se créer dans ce centre une certaine réputation de chirurgien, quand éclata la guerre de Sécession : son parti fut vite pris. Dès qu'il fut certain pour lui que la guerre allait traîner en longueur, il abandonna sa situation et prit du service comme chirurgien au 27e régiment de volontaires Massa-

vaisseau une petite plaie et on attend que l'hémorrhagie s'arrête spontanément; puis, immédiatement, on place une ligature sur le bout périphérique du vaisseau.

On peut alors assez facilement faire sortir de la petite plaie un caillot en forme de clou dont la pointe pénètre jusque dans la lumière vasculaire, tandis que la tête s'étale sur la paroi externe de la veine. En plongeant immédiatement ce coagulum dans un liquide qui fixe les éléments du sang, on peut ensuite en examiner, à l'aide du microscope, les différentes parties. La pointe et la portion centrale sont grisâtres, visqueuses et composées d'une matière en partie granuleuse, en partie amorphe. Les granulations sont constituées par des amas énormes d'hématoblastes déjà altérés, mais encore très distincts les uns des autres, tandis que la matière amorphe résulte de la confluence en une masse commune et cohérente des hématoblastes les plus altérés.

La tête du clou, qui est rouge à l'extérieur, contient au centre un prolongement de la matière visqueuse hématoblastique et à la périphérie des mèches fibrillaires retenant une grande quantité de globules rouges.

Dans toute la portion centrale et à proprement parler obturante, on n'aperçoit que de très rares globules blancs. Il est donc évident que la fibrine s'est surajoutée à un bouchon condensé, formé presque uniquemet d'hématoblastes. On peut suivre au microscope la formation de ce bouchon en se servant du mésentère de la grenouille.

Après avoir amené dans le champ du microscope une veinule d'un moyen calibre et à paroi bien transparente, on pratique une section incomplète de ce vaisseau à l'aide de la pointe d'un fin scalpel. Il se produit une hémorrhagie abondante, et, pendant quelques secondes, on n'aperçoit au niveau de la plaie qu'un tourbillon rouge. Bientôt le flot sanguin se rétrécit et s'écoule plus lentement; il est enserré par une couronne d'éléments fortement accolés les uns aux autres, et qui adhèrent à l'ouverture du vaisseau. Quelques instants après, l'orifice de la plaie est surmonté d'une sorte de champignon blanchâtre, à travers les éléments duquel les globules rouges s'insinuent péniblement. Loin d'être formé, comme l'ont dit plusieurs observateurs, par des globules blancs, ce champignon est constitué par des hématoblastes qui ont été retenus au passage au fur et à mesure de l'écoulement du sang. Au moment où l'hémorrhagie cesse, ces éléments sont déjà notablement altérés, et, en continuant l'observation, ils subissent sous vos yeux toutes les modifications caractéristiques décrites dans mes travaux antérieurs.

Le bouchon obturateur hématoblastique ne retient qu'un nombre insignifiant de globules blancs. Ceux-ci sont sphériques, lisses à leur surface, nullement adhésifs, car en prolongeant l'observation pendant quelques minutes, on les voit s'écarter de l'amas des hématoblastes, grâce à leur contractilité amœboïde, comme ils le font dans le sang recueilli entre deux lames de verre. Ils ne paraissent donc participer en rien à l'arrêt du sang, et ils possèdent encore leurs proprietés physiologiques et leurs caractères anatomiques normaux, alors que les hématoblastes du bouchon hémostatique sont déjà profondément modifiés.

---

chussetts. Il prit part avec son régiment à différentes actions de guerre, fut détaché pour des services d'évacuation, en particulier sur les grands transports, passa, comme chirurgien en chef, à la division du général Wistar, plus tard du général Leckmann, subit à ce moment une interruption de service pour cause de maladie, enfin fut attaché comme assistant-chirurgien au corps des volontaires des Etats-Unis.

S'étant rendu à Washington pour des formalités nécessitées par ces changements de situation, qu'il embrassait avec cette décision et cette mobilité aventureuse du parfait Yankee, il renoua connaissance avec le chirurgien Crane, attaché au bureau du chirurgien général de l'armée, qui avait pu, dans le Sud, apprécier ses qualités professionnelles. C'est à ses bons offices qu'il dut d'être attaché au chirurgien John Brinton, alors conservateur du Musée médical de l'armée et chargé de rassembler les matériaux de l'histoire chirurgicale de la guerre de Sécession. Quelques mois après, en octobre 1864, il remplaçait Brinton dans les fonctions où il devait déployer de si brillantes facultés.

Otis collabora d'abord à un ouvrage publié par le chirurgien général, sous le nom de Circulaire n° 6, et qui n'était qu'une sorte de programme, d'énumération des matériaux rassemblés et des projets pour leur utilisation. (Novembre 1865.)

Sa première œuvre absolument personnelle fut son mémoire sur la *Désarticulation de la hanche* en chirurgie de guerre (Circ. n° 7, 1er juillet 1867), dans lequel, après avoir rapporté les nombreuses observations fournies par la guerre de Sécession, il fit preuve d'une critique vraiment sûre et d'une érudition remarquable.

Ces qualités maîtresses sont encore plus manifestes dans son mémoire sur la *Résection de la tête du fémur* à la suite de blessures de guerre (Circ. n° 2), qui fut accueilli chaleureusement par la presse du monde entier.

Dans ce processus, les bords de la plaie me paraissent agir à la façon d'un corps étranger. Il est aisé d'ailleurs de déterminer directement comment les hématoblastes se comportent à l'égard d'un corps étranger introduit dans le circuit sanguin.

A l'aide d'une aiguille un peu courbe et fine portant un fil d'argent ou de platine, on perfore la veine jugulaire externe d'un animal, d'un chien par exemple, de manière à faire pénétrer dans l'intérieur du vaisseau environ 1 centimètre du fil. Quand l'opération est bien faite, c'est à peine s'il suinte une goutte de sang aux orifices d'entrée et de sortie.

Au bout de deux à trois minutes, laps de temps suffisant chez le chien dont les hématoblastes sont très vulnérables, on vide le segment veineux traversé par le fil, à l'aide de deux ligatures, la première placée sur le bout périphérique, la seconde sur le bout central ; on détache immédiatement le tronçon de veine portant le fil, on l'ouvre après l'avoir plongé dans un liquide fixant les éléments du sang. Déjà le fil est entouré d'une couche grisâtre à peine rosée çà et là, composée d'innombrables hématoblastes, d'autant plus faciles à reconnaître que le fil est resté moins longtemps en contact avec le sang circulant.

Lorsqu'on laisse le fil plus longtemps dans le vaisseau et que le manchon qui l'entoure est devenu plus volumineux, la constitution de ce manchon est alors tout à fait analogue à celle du clou hémostatique qui vient d'être décrit.

Les hématoblastes, ainsi que mes premières recherches pouvaient le faire prévoir, jouent donc un rôle actif et considérable dans le mécanisme de l'arrêt du sang.

Ces éléments sont à ce point altérables, qu'en arrivant au contact des bords de la plaie, ils deviennent adhésifs comme lorsqu'ils rencontrent un corps étranger.

En s'accumulant peu à peu au pourtour de l'orifice béant du vaisseau, ils y forment un obstacle d'abord insuffisant; puis, les premiers hématoblastes arrêtés, retenant à leur tour ceux que l'issue du sang vient mettre incessamment en contact avec eux, l'orifice de la plaie se rétrécit de plus en plus, jusqu'à ce qu'un bouchon solide et bien fixé l'obture enfin. Les autres éléments du sang et la formation de la fibrine ne participent à ce processus que d'une manière accessoire et secondaire.

Le sang porte donc dans son sein un agent hémostatique puissant, et, pour bien faire comprendre ma pensée, je dirai que, s'il était possible de supprimer dans le sang normal tous les hématoblastes, la blessure d'un vaisseau déterminerait une hémorrhagie qui n'aurait plus aucune tendance à s'arrêter spontanément.

Ces faits expérimentaux peuvent conduire à des résultats pratiques intéressants. J'en signalerai brièvement quelques-uns.

Tout corps étranger altérant et retenant les hématoblastes, on s'explique facilement pour quelle raison il se forme des coagulations intra-vasculaires sur le vivant au contact des points malades des parois cardio-vasculaires.

De même, on comprend l'action hémostatique des corps étrangers mis en contact avec la surface d'une plaie, notamment celle des corps pulvérulents ou spongieux, toute particule

---

Ces publications préliminaires aiguillonnaient l'attente du public médical, qui fut enfin mis en possession, en 1870, du premier volume chirurgical de la guerre de Sécession. Otis y traitait des blessures de la tête, de la face, du cou, de la colonne vertébrale, de la poitrine, présentait et discutait avec la même compétence et le même esprit de méthode, la masse immense des matériaux à sa disposition, et complétait sa démonstration au moyen d'une série de planches des plus remarquables. Le second volume paraissait en 1876. Il y était question des blessures de l'abdomen, du bassin, du dos, des membres supérieurs. L'intérêt scientifique et l'exécution matérielle offraient ces mêmes qualités voisines de la perfection.

Dans l'intervalle de ces deux grandes publications, Otis trouvait le temps de se livrer à des travaux secondaires toujours afférents à la chirurgie de guerre, entre autres : Mémoire sur les cas chirurgicaux traités dans l'armée des Etats-Unis de 1865 à 1871 (Circ. n°ˢ 2 et 3) 17 août 1871 ; — Sur un projet de transport des blessés par chemin de fer (1875); — Sur le transport des malades et blessés par les bêtes de somme (1877).

En mai 1877, sa santé, qui n'avait jamais été très robuste, soumise aux épreuves d'un si rude labeur, commença à décliner. Dès lors, il s'est acheminé peu à peu vers la mort, sans jamais recouvrer ses forces premières, ce qui ne l'empêcha pas d'avancer considérablement la rédaction d'un troisième volume, dont les fragments imposants constituent une lourde tâche léguée à ses successeurs.

Otis avait été nommé chirurgien d'armée, avec le grade de colonel, en 1880 ; il était membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris depuis 1875, membre de l'Académie des sciences naturelles de Philadelphie, etc.

On a dit avec raison que les hautes publications officielles d'Otis n'ont pas fait moins d'honneur au gouvernement libéral qui en a fait les frais qu'à l'auteur dont elles ont fondé la

étrangère servant de point d'attache aux hématoblastes contenus dans le sang qui s'écoule au dehors.

D'après quelques-unes de mes observations, les modifications des hématoblastes sont favorisées par l'élévation de la température ; elles sont extrêmement actives à une température un peu supérieure à celle du corps. N'est-ce pas là le motif du bénéfice que l'on retire des injections d'eau chaude dans le traitement des hémorrhagies ?

A l'action de l'eau, au contact de laquelle les hématoblastes s'altèrent, s'ajoute encore celle de la chaleur.

Enfin pour que le sang s'arrête, il faut, nous venons de le voir, qu'il contienne des hématoblastes ; que, de plus, ces éléments soient très impressionnables au contact des corps étrangers. Chez les animaux, comme le cheval, dont le sang est peu coagulable, les hématoblastes se modifient avec une lenteur relative. Or, ces éléments pouvant éprouver des altérations de nombre et de qualité dans les maladies, on peut en conclure que, dans certains cas, la constitution du sang sera une cause prédisposante aux hémorrhagies consécutives à la moindre lésion vasculaire. Cette singulière maladie, connue sous le nom d'hémophylie, est peut-être précisément la conséquence d'un état particulier des hématoblastes. En tout cas, voici sommairement la relation d'un fait clinique qui me paraît démontrer, d'une manière frappante, l'intérêt pratique de ces études.

Au mois de février dernier, je fus appelé à me joindre à mes collègues, MM. Gosselin, Perier et Dieulafoy, pour venir en aide à un malade qui, par suite d'épistaxis extrêmement multipliées et abondantes, était sur le point de mourir d'anémie. Cet homme, âgé de 50 ans, était d'ailleurs depuis trente ans sujet à des accidents du même genre.

A l'examen de son sang, je fus frappé d'une part de la rareté relative des hématoblastes, de l'autre de la faible vulnérabilité de ces éléments dont les modifications hors de l'organisme se faisaient plus lentement qu'à l'état normal. Je crus pouvoir rapporter à une altération de ces petits éléments la persistance de l'hémorrhagie qui durait depuis trois semaines et se renouvelait dès que le tamponnement des fosses nasales était suspendu pendant quelques heures. Je pensai alors qu'en transfusant à ce malade une certaine quantité de sang humain normal, contenant des hématoblastes actifs, on modifierait avantageusement cet état.

Je proposai donc la transfusion de bras à bras et l'opération fut décidée. Il était d'ailleurs urgent de prendre un parti.

On injecta au malade environ 120 grammes de sang complet, veineux, et malgré cette faible dose de sang employé, l'épistaxis fut immédiatement et définitivement arrêtée. Quelques heures avant l'opération, il s'était encore produit par l'une des narines un écoulement sanguin pour lequel on avait dû recourir au tamponnement.

Après l'opération, on put retirer les tampons, laisser de côté tous les moyens hémostatiques, le malade ne perdit plus une goutte de sang.

Il a paru évident à mes éminents confrères, ainsi qu'à moi, que la transfusion avait agi im-

---

réputation. Conservateur non moins diligent du Musée anatomique de la guerre, Otis avait publié en 1876 le catalogue abrégé de ses magnifiques collections, et il se proposait de le compléter quand les ressources budgétaires lui en donneraient le moyen.

Jusqu'à ses derniers jours, fidèle aux premières inclinations de sa jeunesse, Otis garda son tempérament de lettré et d'artiste. Il adorait la musique et les arts. Les ressources et la chaleur de son esprit délicat donnaient le plus grand charme à son intimité. Souvent hésitant et embarrassé dans la conversation, surtout avec les étrangers, il s'échauffait tout à coup et atteignait à l'éloquence lorsqu'il s'engageait sur ses sujets favoris, qui dépassaient de beaucoup le cercle de ses travaux professionnels.

Sa mort prématurée laisse des regrets universels ; comme l'a dit sur sa tombe le chirurgien général de l'armée, elle est profondément ressentie non-seulement par le Corps de santé américain, mais par la profession toute entière, et de toutes les nationalités.

R. Longuet.

Concours du prosectorat. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Castex et Ramonède, prosecteurs titulaires. M. Routier a été nommé, à la suite du même concours, prosecteur provisoire pour un an.

— Les inscriptions pour les bourses de doctorat seront reçues au secrétariat de l'Académie (Sorbonne), jusqu'au samedi 15 juillet 1882, inclusivement, à quatre heures.

MM. les étudiants de première année qui désireraient prendre part au concours, sont priés d'en faire la déclaration par écrit : ils seront appelés à subir le premier examen de doctorat (nouveau régime), du 10 au 15 juillet.

médiatement comme un moyen hémostatique des plus remarquables et que la guérison du malade devait lui être attribuée.

Voilà donc une indication, nouvelle je crois, de la transfusion, indication qui me paraît découler des faits sur lesquels je viens d'attirer l'attention et confirmée par l'observation clinique.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ÉRUPTION VACCINALE SECONDAIRE,

Par le docteur L. Gelly (de Bar-le-Duc).

Dans la séance de l'Académie de médecine du 16 mai dernier, à l'occasion d'un fait *d'auto-inoculation vaccinale* observé par M. Guéniot et communiqué à cette savante Société, il a été également question des *éruptions vaccinales secondaires généralisées*, qui se font à distance des piqûres, sur une peau intacte, à la suite de l'imprégnation générale de l'économie, sans que l'on puisse rapporter ces éruptions à la multiplication des voies d'absorption du virus vaccinal par les excoriations eczémateuses. (Union Médicale du 18 mai 1882.)

Je viens d'observer un fait qui prouve que, même chez un sujet porteur d'eczéma ou d'impétigo, il ne faut pas toujours attribuer à l'auto-inoculation l'apparition d'une éruption vaccinale secondaire :

L'enfant Leblan, 9 mois, porteur d'une plaque unique d'impétigo, située sur le vertex, nettement circonscrite, sans pustules ou excoriations isolées dans le voisinage, et de l'étendue des deux tiers de la paume de la main, est vacciné le 7 juin, de bras à bras. Trois piqûres à chaque bras, suivies, à huit jours d'intervalle, de six pustules vaccinales dont l'évolution a été normale. Le 27 juin, alors que les pustules vaccinales des bras sont complètement desséchées depuis plusieurs jours, l'enfant est pris de fièvre, d'abattement. Le 28, plusieurs vomissements alimentaires et apparition de rougeurs papuleuses discrètes sur les côtés de la face. Le 29, pouls 144; de chaque côté du visage, en avant, en arrière et au-dessous du pavillon de l'oreille, il y a une éruption discrète de pustules parfaitement ombiliquées, ayant absolument l'apparence des pustules vaccinales au sixième où septième jour; pustules plus nombreuses et plus rapprochées, mais moins nettement ombiliquées sur le haut du front; papules non ombiliquées, tout à fait confluentes et pouvant se chiffrer par centaines sur le cuir chevelu en avant, de chaque côté et en arrière de la plaque d'impétigo jusqu'à la partie supérieure du cou. Sur l'épaule gauche et sur la région scapulaire gauche, trois pustules non ombiliquées ressemblant plus exactement aux pustules d'impétigo; l'enfant prend le sein volontiers, mais il est maussade et la nuit a été très agitée. Pas de nouvelles pustules. Celles de la face et du front sont en pleine dessiccation; celles du cuir chevelu sont ombiliquées. Le 3 juillet, pouls 112; l'enfant est gai. Toutes les pustules sont en voie de dessiccation. Il y en a quelques-unes, plus rares que sur le reste du cuir chevelu, disséminées à la surface de la plaque d'impétigo, où elles se distinguent mieux depuis qu'elles noircissent par la dessiccation.

Dans tous les cas cités au cours de la discussion qui s'est élevée à l'Académie, comme ayant été relatés par MM. Lereboullet, E. Besnier, Constantin Paul, etc., l'éruption vaccinale secondaire s'est développée environ cinq jours après l'éruption des piqûres, et toujours sur les bras, sur la poitrine, dans des régions voisines de ces piqûres vaccinales. L'époque d'apparition et le siège de ces pustules secondaires, survenant chez des enfants eczémateux, devaient nécessairement faire opiner pour l'auto-inoculation plutôt que pour la généralisation spontanée de l'éruption vaccinale.

Chez l'élève de l'Ecole d'Alfort, indemne de toute affection cutanée, revacciné en 1870, et dont le cas a été relaté en séance par M. Colin, la pullulation vaccinale était également survenue quelques jours après l'éruption locale des piqûres et dans les régions voisines de ces dernières.

Dans le fait que je viens d'observer, ce qui établit que l'éruption vaccinale généralisée a été le résultat, non de l'auto-inoculation par les surfaces excoriées, mais d'une imprégnation générale de l'économie par le virus, c'est, outre l'époque tar-

dive à laquelle l'éruption secondaire a fait son apparition, le siège tout différent des premières pustules secondaires, qui ne se sont développées, ni au voisinage des piqûres, ni sur la région excoriée par l'impétigo, mais à une certaine distance de l'une et de l'autre de ces régions; c'est l'ordre d'évolution de ces pustules vaccinales secondaires: celles qui se sont ombiliquées les dernières sont les pustules beaucoup plus confluentes, il est vrai, développées autour de la plaque d'impétigo, qui a seulement déterminé cette poussée secondaire à se produire avec plus d'abondance à son voisinage.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR LA LITHOTRITIE À SÉANCES PROLONGÉES, par le D[r] Ernest DESNOS. Octave DOIN; 1882.

Il y a quelque temps, nous donnions ici l'analyse d'un important ouvrage, les Leçons cliniques du professeur F. Guyon sur les maladies des voies urinaires; nous faisions allusion à une série de monographies que le savant chirurgien a successivement inspirées à ses meilleurs élèves, et nous ajoutions qu'il y a maintenant une école de l'hôpital Necker, comme il y a une école de la Salpêtrière. Dans cette phalange d'élite vient se ranger aujourd'hui M. le docteur E. Desnos, avec un travail inaugural remarquable, consacré à la lithotritie.

Cette opération, comme on le sait, a subi de nombreuses vicissitudes, avec Civiale, Heurteloup, Leroy d'Etiolles, Amussat, etc. L'invention des instruments destinés à broyer la pierre, la durée des séances, les dangers de l'engagement des fragments dans le canal de l'urèthre, les procédés pour les extraire, ont exercé tour à tour la patience et l'ingéniosité des chirurgiens et des spécialistes. Bref, toutes les tentatives de lithotritie rapide ayant échoué, l'opération demeura, mais comme une méthode de lenteur, triomphant du mal après des séances plus ou moins nombreuses, mais toujours très courtes et entourées des plus grands ménagements.

En 1878, la question change de face avec Bigelow, qui prouve que la vessie est beaucoup plus tolérante qu'on ne l'avait cru jusque-là, qu'on peut introduire par l'urèthre des instruments volumineux capables de broyer la pierre en une seule séance, et qui s'ingénie à débarrasser immédiatement la vessie, par l'aspiration, des fragments calculeux. La durée de la séance, la puissance du brise-pierre, et surtout l'emploi d'instruments évacuateurs, tels sont les éléments de la nouvelle méthode. Bigelow considère le broiement comme une manœuvre préliminaire; l'évacuation par aspiration est tout, et pour mieux accentuer l'importance qu'il y attache, il crée un mot nouveau, la *litholapaxie* (λιθος, et λαπαξις, évacuation). Thompson, dont la manière d'opérer différait peu jusque là de celle de Civiale, accepte bientôt la méthode américaine, mais avec de fortes restrictions sur le volume excessif du lithotriteur et sur la durée illimitée des séances.

Aujourd'hui la lithotritie rapide est acceptée par tous comme un progrès incontestable. Mais il y a, dans les innovations américaines, une certaine brutalité qui nous effraye, non sans raison. L'opération de Bigelow a certainement des inconvénients et des dangers. Avec des idées moins absolues et un respect motivé pour certaines règles qui depuis Civiale n'ont pas cessé d'être vraies, nous avons rendu la méthode nouvelle plus sûre et plus inoffensive. Telle est l'œuvre du professeur Guyon qui, à la suite d'une étude attentive, a institué une opération toute différente de la lithotritie de Civiale, mais qui n'est pas tout à fait celle de Bigelow; tel est l'objet de l'excellent travail de M. Desnos, qui repousse le nom de « litholapaxie » comme donnant une trop grande part à l'évacuation, celui de « lithotritie rapide », comme annonçant un résultat qu'on n'est pas toujours en mesure d'obtenir, et qui propose avec son maître d'appeler la nouvelle opération « lithotritie à séances prolongées. »

Nous nous bornerons à indiquer sommairement l'ordre et l'esprit des différents chapitres. Au lieu des instruments volumineux de Bigelow, l'auteur préconise un lithotriteur de moyenne dimension. Le broiement doit-il être poussé aussi loin qu'autrefois ? C'est inutile, dit Bigelow; c'est plus nécessaire que jamais, répond M. Guyon. Au lieu de faire un broiement sommaire et de passer aussitôt a l'évacuation, quitte à faire plusieurs introductions successives du lithotriteur, il faut pulvériser à l'infini, faire des prises très nombreuses, et ainsi, sans violenter l'urèthre, la vessie sera plus facilement délivrée : « l'évacuation, c'est le broiement. »

Les séances prolongées doivent toujours être suivies de l'évacuation immédiate des débris, par l'aspiration dans le plus grand nombre des cas. Comme de juste, la description et la critique des appareils aspirateurs tiennent dans le travail de M. Desnos une place méritée; mais il étudie aussi avec sagacité les conditions physiologiques dans lesquelles ces appareils sont

inutiles ou même inapplicables. Ces difficultés de l'aspiration sont depuis longtemps signalées; interprétées rigoureusement par M. Guyon, elles l'ont conduit à dire : « La contraction de la vessie est l'antagoniste de l'aspiration et l'auxiliaire des lavages. » Lorsque la vessie est contractile, les lavages simples avec la seringue constituent un excellent moyen qui à lui seul peut suffire; l'aspiration ne peut être bien faite qu'en l'absence de contractions ; et c'est une des raisons qui obligent à se servir du chloroforme. Une sonde à grande courbure, percée de deux yeux latéraux, permet une évacuation aussi rapide qu'une sonde droite; elle est plus facile à introduire; le calibre n° 25 est suffisant quand le broiement a été complet.

Quant à la durée et au nombre des séances, le principe américain est celui-ci : prolongation indéfinie des manœuvres, débarras complet et quand même de la vessie, en une seule fois. Mais c'est là une théorie excessive et dangereuse. Sans doute il faut chercher à ne faire qu'une opération, suivie d'une évacuation complète ; mais c'est une imprudence que de vouloir s'y obstiner, et, quand telles ou telles circonstances étudiées par l'auteur s'y opposent, on ne doit pas craindre de laisser l'opération inachevée et de faire une séance ultérieure. L'emploi de l'anesthésie est, bien entendu, une règle générale.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la description intéressante et vraiment didactique du manuel opératoire, des accidents, des indications, ni surtout dans l'analyse des 226 observations inédites qu'il a réunies en un magnifique tableau. Après la lecture de ce travail, on reste convaincu des progrès réalisés par la lithotritie moderne, qui permet d'opérer par le broiement des calculs de 4 et même 5 centimètres, et qui s'applique également bien aux enfants et aux adultes.

Un appendice est consacré à des expériences faites par l'auteur pour déterminer quelle est l'action du chloroforme sur la vessie. Elles servent de contrôle aux faits cliniques qui établissent dans certains cas la supériorité des lavages simples sur l'aspiration.

Nous ne saurions trop applaudir au travail de M. Desnos, car il a su nous montrer, par des preuves cliniques en nombre imposant et par une argumentation très serrée, que la lithotritie est toujours et doit rester une opération bien française. — L.-G. R.

De la lithotritie rapide, par le Dr Reliquet. A. Delahaye et Lecrosnier; 1882.

M. Reliquet, lui aussi, est partisan de la lithotritie rapide. Il entend par là l'opération faite dans le temps le plus court possible, et souvent en une seule séance; mais « jamais elle ne doit être forcément en une seule séance. »

Il semble, dit-il, que les promoteurs de la lithotritie en une seule séance ne tiennent pas un compte suffisant de l'état du malade. En généralisant l'application des séances longues, ils s'exposent à des insuccès que, par des séances plus courtes et partant moins irritantes, ils éviteraient.

Il n'est pas possible, du jour au lendemain, et par ce fait seul qu'on emploie l'anesthésie, de faire table rase de ce que nous a laissé la tradition sur la lithotritie. Par l'anesthésie, on fait disparaître un certain nombre des causes de l'excitation vésico-uréthrale, mais non toutes.

L'auteur conclut en ces termes :

En se servant de mes instruments, l'appareil pour la lithotritie, le brise-pierre à pignon, il est possible de broyer en un temps court les pierres de deux centimètres à deux centimètres et demi de diamètre, et ce sont les plus fréquentes.

Il est très possible d'évacuer toujours la totalité des fragments par la sonde évacuatrice, quand la vessie se contracte bien. L'aspiration n'est réellement utile que lorsque la vessie ne se contracte pas, ou ne se contracte qu'incomplètement pour se vider par la sonde évacuatrice.

Enfin, le chloroforme, quand la sensibilité organique du col et du corps vésical ne persiste pas pendant la résolution complète, est utile en supprimant toutes les causes réflexes d'excitation vésicale dues à la crainte, aux efforts involontaires de l'opéré, à la douleur. — L.-G. R.

La lithotritie doit être faite sans traumatisme, par le Dr Reliquet. A. Delahaye et Lecrosnier; 1882.

Ceci est un article extrait de la *Gazette des hôpitaux*, où M. Reliquet critique de nouveau la méthode moderne de lithotritie, poussée à ses dernières limites, et montre que, tout en devenant plus rapide qu'elle n'était entre les mains de Civiale, elle ne doit pas se départir des principes de douceur si justement imposés à la pratique des opérations sur les voies urinaires. Le titre même de cette brochure suffit à mettre en lumière l'esprit de modération qui l'a inspirée, et qui doit rester, à notre avis, celui de la chirurgie française. — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. G. HAYEM adresse une note *Sur le mécanisme de l'arrêt des hémorrhagies.* (Voir plus haut.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1882. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Opération de la fistule du canal de Sténon. — Suite de la discussion sur le traitement des fongosités articulaires. — Présentations de malades : Amputation partielle du pied; — kyste énorme de l'ovaire guéri par trois ponctions et une injection de teinture d'iode; — transplantation d'un lambeau cutané de 16 centimètres carrés pour un ectropion cicatriciel; — fistule dentaire.

M. POZZI, à l'occasion du rapport de M. Delens sur le travail de M. Richelot, relatif au traitement de la fistule du canal de Sténon par un procédé nouveau, communique le fait d'une jeune fille qui, à la suite d'un refroidissement, eut une périostite terminée par un abcès de la région parotidienne, lequel laissa après son ouverture une fistule du canal de Sténon donnant issue à un écoulement abondant de salive.

La malade étant entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, M. Pozzi, qui remplaçait ce chirurgien, eut l'idée de modifier le trajet de la fistule à l'aide d'un tube à drainage introduit dans le trajet fistuleux directement de l'orifice cutané à l'orifice muqueux. Ayant retiré ce tube au bout de trois jours, il constata que l'écoulement salivaire s'était complètement tari. Il songea alors à porter remède à la difformité extérieure résultant de la fistule. Il disséqua l'orifice cutané, dont il enleva le tissu inodulaire de manière à faire un décollement circulaire des bords de la fistule. Il termina par la suture et la compression. Au bout de quelques jours, la cicatrisation était complète, sauf un point qui donnait issue à une petite quantité de liquide salivaire et qui se ferma rapidement grâce à quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent

Ce fait vient à l'appui de l'observation communiquée par M. Richelot, avec cette différence que, dans le cas de M. Pozzi, l'introduction du tube à drainage dans le trajet de la fistule a été directe de l'orifice cutané à l'orifice muqueux, et que le simple séjour de ce tube dans le trajet a suffi pour la modifier et amener la cessation de l'écoulement salivaire par l'orifice cutané, en transformant la fistule cutanée en fistule muqueuse.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Pilate, membre correspondant à Orléans, assiste à la séance.

— M. DESPRÈS a la parole pour la continuation de la discussion sur les fongosités articulaires, mise à l'ordre du jour depuis la communication de M. Marc Sée et celle de M. Lannelongue.

L'honorable orateur critique la classification adoptée par M. Lannelongue des arthrites fongueuses, en arthrites tuberculeuses et arthrites non tuberculeuses, disant qu'elle semble vouloir trancher ainsi la question encore en litige de la nature tuberculeuse de certaines arthrites, question sur laquelle cliniciens et histologistes ne sont pas d'accord. Pour lui, d'ailleurs, cette classification n'est qu'une reproduction, sous une forme différente, de la vieille classification des tumeurs blanches que nous ont laissée les maîtres de la chirurgie de la première moitié de ce siècle.

M. Desprès signale, en outre, dans le mémoire de M. Lannelongue, une contradiction entre la théorie et la pratique. Il s'étonne que M. Lannelongue, après avoir admis, en se basant sur quelques expériences faites sur des lapins, la théorie de Koster sur la nature tuberculeuse de certaines arthrites, ne conclue pas d'emblée à la nécessité de l'amputation immédiate du membre, du moment que la tuberculose articulaire a été reconnue, afin de prévenir l'infection de l'économie.

Pour sa part, M. Desprès déclare qu'il n'est pas du tout édifié sur les résultats des expériences de Koster, de M. Lannelongue et de M. Villemin relatives à l'infection de l'économie par les inoculations de la matière tuberculeuse prise sur un point quelconque de l'organisme. Pour que la théorie pût être acceptée comme un corollaire direct des expériences, il faudrait, suivant M. Desprès, avoir d'abord constaté expérimentalement que le pus d'une suppuration chronique quelconque, inoculé à l'organisme, ne détermine pas des phénomènes semblables à ceux produits par l'inoculation du tubercule lui-même. Tant que ces expériences comparatives

n'auront pas été faites, les inductions tirées par MM. Koster, Lannelongue et Villemin reposeront sur des données absolument insuffisantes.

Toutefois, M. Després serait disposé à admettre la classification de M. Lannelongue, à la condition d'y faire la simple modification suivante : au lieu de dire arthrites tuberculeuses et arthrites non tuberculeuses, il faudrait dire : arthrites chez des tuberculeux et arthrites chez des non tuberculeux.

On voit des enfants atteints d'hydarthrose chronique ; ils ont eu à une certaine époque, quelque accident grave : bronchite à répétition, diarrhée infantile, etc ; ils sont fils ou frères de tuberculeux ; à l'autopsie, on trouve, à la face interne de la synoviale articulaire, des granulations du volume d'un grain de millet, des cellules géantes, etc. Chez d'autres, il y a tuméfaction des extrémités osseuses, ostéite juxta-épyphysaire chronique, suite de coups, de marche forcée, de surmenage, etc. ; ils semblent devoir guérir, mais ils ont des pères ou mères, des frères ou sœurs tuberculeux ; au bout d'un an, on les voit dépérir en présentant des phénomènes de tuberculose viscérale, auxquels ils finissent par succomber.

Ces faits n'autorisent pas, suivant M. Després, à faire admettre l'arthrite tuberculeuse primitive. Il faudrait que, dès le début, les enfants eussent présenté les caractères de l'arthrite franchement tuberculeuse : gonflement articulaire énorme, teinte violacée des téguments, abcès multiples, pus caséeux dans les synoviales ; or c'est ce que l'on ne voit pas. Les enfants atteints d'arthrite fongueuse, supposée primitivement tuberculeuse, n'en succombent pas moins, malgré l'amputation, parce qu'ils sont déjà en puissance de la diathèse tuberculeuse.

L'arthrite primitive simple, même l'arthrite sèche, finit par devenir tuberculeuse chez les enfants prédisposés. La division en arthrite tuberculeuse et arthrite non tuberculeuse n'est donc que pour la forme ; mais au point de vue pratique, le chirurgien doit savoir distinguer deux espèces d'arthrites : l'une, qui exige un traitement lent, chronique pour ainsi dire ; l'autre, qui réclame rapidement et d'emblée, en quelque sorte, l'amputation.

Il est toujours possible, suivant M. Després, de savoir d'avance si un malade, enfant ou adulte, atteint d'une arthrite quelconque, est destiné à avoir une arthrite tuberculeuse ou non tuberculeuse. Quand un malade se présente avec une arthrite quelconque, le premier soin du chirurgien doit être de s'enquérir des antécédents du malade et de la famille. S'il apprend que l'enfant à fait une maladie grave, a été affaibli par une cause quelconque, il doit se méfier ; l'arthrite qui se développe sur un sujet dépourvu de résistance suffisante ne sera très probablement pas modifiée par les révulsifs et l'immobilisation.

Quoi qu'il en soit, tout chirurgien qui applique dès le début d'une arthrite un appareil inamovible et le laisse appliqué pendant six mois au moins, se place dans les meilleures conditions pour savoir si l'arthrite deviendra tuberculeuse ou non. Si au bout de six mois une amélioration sensible s'est produite dans l'état local, si les mouvements de l'articulation sont conservés et non douloureux, l'arthrite ne deviendra pas tuberculeuse. Mais quand, au bout de six mois, les mouvements douloureux persistent, il faut remettre le membre dans l'appareil inamovible pendant six mois encore, après quoi, si l'amélioration ne s'est point produite, il faut pratiquer l'amputation.

Le mode naturel de guérison de la tumeur blanche est l'ankylose ; le devoir du chirurgien est de provoquer l'ankylose d'une articulation chroniquement enflammée ; il doit, pour cela, placer le membre dans l'immobilisation pendant six mois et plus s'il le faut ; l'articulation est guérie quand elle est ankylosée. Ce mode d'expérimentation est préférable à celui qui consiste à faire des expériences sur quelques lapins.

En résumé, suivant M. Després, il y a deux espèces de tumeurs blanches : celle des gens tuberculeux et celle des gens qui ne sont pas tuberculeux. On peut les distinguer l'une de l'autre par les résultats de l'immobilisation. Lorsque, sous l'influence de l'application d'un bon appareil inamovible, les malades souffrent moins et réparent leurs forces, ils ne sont pas destinés à la tuberculisation ; il faut chercher, par la prolongation de l'immobilisation, à provoquer l'ankylose qui est le véritable et le seul mode de guérison de la tumeur blanche. Quand au bout de six mois on n'a pas obtenu d'amélioration, c'est que l'on a affaire à des tuberculeux ; il faut alors proposer l'amputation ou la résection (l'opération la plus radicale est préférable), dans le but de s'opposer aux progrès de la tuberculose.

— M. Léon Le Fort présente un malade auquel il a appliqué, le 2 mars dernier, son procédé d'amputation ostéoplastique pour une ostéite du pied, dont le manuel opératoire est décrit dans le *Traité de médecine opératoire* de Malgaigne, revu par M. Le Fort.

Ce chirurgien fait l'incision de Jules Roux, sauf qu'il empiète un peu du côté de la malléole interne, et revient à son point de départ à la malléole externe, comme si l'on voulait faire la désarticulation tibio-tarsienne. La désarticulation faite, il scie horizontalement le calcanéum, puis il résèque le plateau tibial, de manière à opposer l'une à l'autre deux surfaces osseuses

cruentées. Il fixe les parties avec des bandelettes de diachylon et applique un pansement simple.

La raison de cette modification est la suivante : dans l'amputation de Pirogoff, on a l'inconvénient de produire le renversement du pied, de façon que l'opéré marche sur la peau de la partie externe du pied ; dans le procédé de M. Le Fort, au contraire, les opérés marchent sur la peau même du talon habituée à supporter les fortes pressions.

La réunion osseuse se fait rapidement ; on évite les abcès des gaînes en coupant les tendons à une certaine distance de la section osseuse.

Quant à l'appareil prothétique, on peut se servir de celui en usage à la suite de l'amputation sous-astragalienne ; l'opéré de M. Le Fort porte une chaussure qui lui a été faite exprès par M. Collin et qui masque la difformité, du moins en partie.

— M. Desprès met sous les yeux de ses collègues une jeune femme qu'il a guérie d'un kyste énorme de l'ovaire (22 litres de liquide) à l'aide de trois ponctions et de deux injections iodées. La première ponction a été pratiquée seulement dans le but d'évacuer une partie du liquide. La seconde a été faite huit jours après et suivie de l'injection de teinture d'iode d'après la méthode de M. Boinet ; la troisième, au bout d'un mois, suivie d'une injection de teinture d'iode pure, comme pour la cure de l'hydrocèle. Il y a six mois que l'opération a été pratiquée, la malade est complètement guérie de son kyste ; il n'existe plus qu'un peu d'empâtement.

Voilà, dit M. Desprès, une malade à laquelle on n'eût pas manqué de pratiquer l'ovariotomie et quia parfaitement guéri sans cette opération.

M. Trélat fait observer que le kyste de l'opérée de M. Desprès appartient à une variété qui guérit sans opération.

— M. Parinaud présente un petit malade atteint d'une variété particulière de fistule dentaire.

— M. le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts, présente un malade sur lequel il a pratiqué, le 17 mai dernier, une opération de transplantation d'un lambeau cutané de plus de 16 centimètres carrés ; il s'agissait de guérir un jeune homme âgé de 28 ans qui avait eu dans son bas âge une brûlure de la face à la suite de laquelle s'était produit un ectropion cicatriciel relevant la paupière supérieure au niveau du sourcil et renversant la paupière inférieure sur la région de la joue.

La muqueuse était en grande partie cutisée et la cornée sujette à de fréquentes poussées d'ulcères causés par son exposition constante à l'air. Pour remédier, dit-il, à cette difformité donnant à la physionomie un aspect repoussant, il ne fallait pas songer à mettre en usage les procédés d'autoplastie employés habituellement, car le tissu cicatriciel qu'on eût été obligé de mobiliser n'eût donné qu'un résultat négatif, et quant à la tarsoraphie, il la juge insuffisante.

Il se résolut donc à combattre la perte de substance résultant de la libération et de la suture des paupières, par la greffe d'un lambeau cutané emprunté à la région de l'avant-bras.

Après avoir chloroformé le malade et procédé à la tarsoraphie avec des fils métalliques, il appliqua, sur la surface cruentée, une feuille de papier qu'il transporta sur la région de l'avant-bras pour y donner l'empreinte du lambeau à circonscrire, et tandis que les aides maintenaient des éponges sur la surface à combler, il disséqua minutieusement avec le secours d'aides qui distendaient la peau, un lambeau de 16 centimètres carrés entièrement isolé de son tissu cellulo-graisseux et réduit à l'épaisseur du derme. (Il insiste sur la nécessité de bien isoler le derme de son tissu sous-jacent.)

Ce lambeau fut aussitôt porté sur la région à combler et divisé, avec les ciseaux, en deux parties : une de 10 centimètres carrés, qui fut fixée à l'aide de deux fils seulement, au bord correspondant de la peau de la paupière inférieure, et une de 6 centimètres carrés, s'adaptant exactement à la surface cruentée de la paupière supérieure. Celle-ci fut également fixée par deux sutures fines, au bord supérieur de la peau de la région du sourcil.

Il fait remarquer que l'aiguille qui traversa la peau en cet endroit ne donna pas une goutte de sang, et que le lambeau supérieur fut appliqué sur une région entièrement cicatricielle ayant donné fort peu de sang pendant la dissection, ce qui n'empêcha pas le lambeau de reprendre admirablement.

Le pansement consista dans l'application d'une baudruche mouillée et de tampons d'ouate recouverts d'un bandage compressif en flanelle, pour assurer une température favorisant la reprise de la greffe.

La nuit fut mauvaise, le malade se plaignant beaucoup de son bandeau et demandant toujours à être desserré ; une potion diacodée et une injection de morphine ramenèrent le calme

et, le quatrième jour, le docteur Fieuzal enleva le pansement et put, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires, détacher la baudruche sans mobiliser les lambeaux qui, bien que grisâtres, semblaient déjà devoir reprendre.

Ce pansement débarrassa l'angle interne de l'œil de la sécrétion qui s'y était accumulée ; il permit de laver le tout à l'eau phéniquée avec un pulvérisateur, et fut d'une très grande utilité pour la reprise du lambeau inférieur, qui aurait bien pu être sphacélé par le contact des liquides, lesquels, à partir de ce moment, ne se reformèrent plus.

Le second pansement fut fait comme le premier et enlevé trois jours après. A ce moment, les fils furent enlevés tant au bord des paupières que sur les lambeaux rapportés ; le coin interne du lambeau inférieur étant mal assujetti, à cause des mouvements exécutés par le malade et aussi à cause du contact des liquides dont il a été fait mention, dut être excisé dans l'étendue d'un 1/2 centimètre environ. Tout le reste devenait rosé et l'épiderme macéré tombait déjà sous le jet de vapeur phéniquée.

A partir de ce moment les pansements furent renouvelés tous les deux jours et le malade quitta la clinique au bout de quatre semaines.

En le voyant aujourd'hui, on ne peut se faire une idée de la physionomie que présentaient les choses avant l'intervention. Les lambeaux rapportés peuvent aisément être reconnus à leur coloration légèrement jaunâtre, et ils se sont rétractés au point de ne plus présenter ensemble qu'une surface de 7 centimètres carrés environ. La peau est lisse et nullement disgracieuse. La paupière restera suturée encore pendant environ dix-huit mois pour éviter tout danger de récidive par rétraction cicatricielle.

La région qui a servi à emprunter le lambeau présente une cicatrice qui mesure environ 12 centimètres carrés et n'a jamais été, à proprement parler, douloureuse.

Le docteur Fieuzal, en terminant son intéressante communication, insiste sur la simplicité du procédé qu'il a employé et ne saurait trop le recommander à ses confrères. — A. T.

FORMULAIRE

Pilules béchiques. — N. Gueneau de Mussy.

Goudron purifié	1 gramme.
Poudre de Dower	1 gramme 50.
Benjoin de Siam pulv	1 gramme.

F. s. a. dix pilules, qu'on roule dans du sous-nitrate de bismuth ou dans de la craie pulvérisée. — Elles sont conseillées à la dose de 1 à 3 dans la journée, contre l'érythème des muqueuses pharyngiennes, laryngiennes et post-nasales, qu'on désigne vulgairement sous le nom de rhume. — L'auteur prescrit aussi dans ce cas, pour calmer la toux, de badigeonner les gencives et la face interne des joues, avec de la teinture saturée de benjoin. — N. G.

COURRIER

Hommage au professeur Bouillaud. — La Société des médecins de la Charente, désireuse de perpétuer le souvenir du professeur Bouillaud, leur illustre compatriote, a décidé d'ouvrir une souscription pour lui ériger un buste à l'hôtel de ville d'Angoulême.

Ainsi que l'annonçait M. H. Roger, président de l'Association générale des médecins de France, dans la dernière Assemblée générale, la Société des médecins de la Charente a l'intention d'offrir à l'Association générale, si cela lui est possible, une reproduction du buste de Bouillaud.

Adresser les fonds recueillis, avant le 1er août, à M. le docteur H. Nadaud, à Angoulême.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 18 juillet. — Le public studieux (il faut bien l'admettre) qui, par ces rudes chaleurs, assiste aux séances même les plus encombrées de rapports officiels et les moins fertiles en discussions animées, aurait bien voulu savoir aujourd'hui ce que disait la note de M. Duboué, membre correspondant, lue par M. le professeur Depaul. On a bien compris qu'il s'agissait de la rage, et que la note en question est un épisode ultime du récent débat suscité par M. Denis-Dumont, notre confrère de Caen. Mais on n'avait pas saisi un traître mot de son contenu, tant la voix de l'orateur était couverte par les conversations.

Nous aurions voulu entendre, pour avoir une compréhension plus nette de l'incident qui a surgi.

Tandis que l'Académie tout entière pensait à autre chose, M. Bouley sans doute écoutait la lecture, car, la note finie, il s'est levé avec un visage sévère, et s'est déclaré « très étonné de cette... (ici plusieurs claquements du médius sur l'éminence thénar, mais le mot n'est pas venu). » L'orateur s'attendait à voir M. Duboué remercier l'expérimentation d'être venue confirmer les hypothèses qu'il avait émises antérieurement. Il paraît qu'au lieu de remercier, M. Duboué fait des reproches ; ce qui porte M. Bouley à dire que l'honorable correspondant « vante sa personne d'une manière excessive. » M. Depaul réclame, et déclare que dans la note il n'est rien que de parfaitement scientifique. « — Je le dirai à la tribune. — Je ne vous répondrai pas. — Ça m'est bien égal... » Le public studieux regrettait de n'avoir pas entendu le commencement.

Après ce court débordement, deux rapports officiels, signés de noms sympathiques entre tous, ont fait rentrer l'Académie dans son lit.

Trichinophobie. — On sait que le froid tue les trichines. D'une note présentée à la Société de biologie par M. Paul Gibier, collaborateur de M. Bouley, il appert que « la science possède dans le froid un agent d'assainissement qui paraît appelé à rendre service à l'hygiène publique. »

On estime maintenant la dépense qui serait nécessaire pour rendre ce moyen pratique. Une machine frigorifique, pouvant produire 300 kilogr. de glace, maintient pendant neuf jours à — 25° ou — 30° un espace de 100 mètres cubes contenant 60,000 kilogr. de jambon. La consommation du charbon ne dépassera pas 8,000 kilogr., celle d'ammoniaque 2,000 kilogr. ; dépense totale 480 francs, soit environ 8 francs par tonne de jambon.

C'est pour rien. Mais voyez quels efforts de savoir, d'ingéniosité et de combustible, contre un fléau qui, après une absorption légitime ou frauduleuse chiffrée par millions de kilogrammes, n'a pas encore été la cause d'une seule maladie !

L.-G. R.

DE LA MULTIPLICITÉ DES CAUTÉRISATIONS PONCTUÉES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES ORGANES RESPIRATOIRES,

Par le docteur E. VIDAL,

Médecin en chef de l'hôpital d'Hyères (Var).

Mémoire présenté à l'Académie de médecine et lu dans la séance du 11 juillet 1882.

Il y a longtemps déjà, vers 1830, M. Jules Guérin appela l'attention du Corps

médical sur le traitement des phthisiques par les pointes de feu appliquées sur la surface cutanée correspondant aux portions malades de l'organe respiratoire. Deux causes principales ont nui, d'après nous, à la vulgarisation de ce traitement si logique. Ce sont : 1° en admettant que des expériences assez nombreuses aient pu être faites, les résultats fournis par un procédé opératoire qui par des brûlures profondes cherche surtout à provoquer une inflammation substitutive; 2° l'invincible répulsion éprouvée par les malades à se soumettre de leur plein consentement à des cautérisations d'autant plus douloureuses que leur imagination se trouve plus surexcitée par des préparatifs rappelant les moyens employés jadis par les bourreaux de l'Inquisition. Il fallait certes un bien grand courage pour consentir à laisser éteindre dans sa chair ces cautères qu'on avait vu rougir sous ses yeux ; les douleurs consécutives profondes persistaient longtemps après le départ de l'opérateur, et les malades devaient bien rarement lui permettre de recommencer; aussi ne sommes-nous pas étonnés de l'oubli très immérité, mais presque fatal, dans lequel était tombé le traitement de M. J. Guérin.

L'invention du thermo-cautère du docteur Paquelin, nous a permis de reprendre, avec quelques modifications, le traitement indiqué par M. Guérin; nous l'employons avec un tel succès depuis plus de cinq ans contre la tuberculose et autres maladies des organes respiratoires, que nous croyons devoir le signaler à l'attention de nos confrères. Plusieurs d'entre eux ont déjà probablement agi comme nous, mais ils sont rares dans le nombre, et nous ne saurions trop les engager à publier leur manière de procéder, ainsi que les résultats fournis par leurs expériences.

Voici d'abord comment nous procédons : les cautérisations doivent être pratiquées avec un instrument aussi pointu que possible (1), tenu comme une plume à écrire et maintenu au rouge-blanc pendant tout le temps de l'opération.

Elles doivent être faites très rapidement par un mouvement du poignet, imprimant à la main un léger tremblement semblable à celui produit par la sénilité.

On va plus vite, plus sûrement et plus régulièrement en dessinant des lignes transversales de préférence à des lignes verticales.

La pointe de l'instrument doit à peine toucher la surface épidermique et produire un bruit sec analogue au pétillement d'une étincelle électrique, moins on appuie et mieux cela vaut.

L'opérateur doit partir de ce principe que l'efficacité du traitement dépend, *non point de la profondeur ou de la largeur des brûlures, mais bien de leur multiplicité.*

On peut, dans ces conditions, multiplier autant que l'on veut le nombre des cautérisations; aucune complication n'étant à redouter, quelle que soit l'étendue de la portion du tégument sur lequel on agit.

Les points touchés doivent être espacés de 15 à 20 millimètres au plus; cela suffit amplement pour produire une révulsion qui s'étend aux surfaces intermédiaires de la peau.

Il ne faut pas se contenter d'appliquer les pointes de feu sur les portions de la peau qui correspondent exactement aux points de l'organe malade, il faut au contraire les faire déborder de plusieurs centimètres dans tous les sens. Il faut enfin pratiquer les cautérisations tous les deux ou trois jours, suivant les cas, en ayant soin de diriger la pointe du Paquelin sur les points épargnés dans les séances précédentes.

Aussitôt l'opération terminée, il faut étendre sur toute la surface cautérisée une couche épaisse de poudre d'amidon.

En procédant ainsi, on obtient presque instantanément une vive rubéfaction de la peau qui persiste quelquefois pendant plusieurs heures et toute la douleur se réduit à une impression désagréable, sans doute, mais qui ne dure généralement pas plus de cinq minutes.

(1) A ce sujet, nous avons fait fabriquer par M. Collin, un petit cautère à pointe légèrement recourbée qui nous paraît remplir toutes les indications.

Les malades les plus pusillanimes s'habituent très vite à ce genre de traitement; il est très rare qu'ils refusent de le continuer, et, presque tous, même les femmes les plus délicates, ne peuvent s'empêcher de s'écrier, après la première séance, *tiens, ce n'est que cela!* Il en est même qui demandent à faire marcher eux-mêmes la poire de l'appareil de Paquelin, mais il faut, en général, se défier de ces auxiliaires de bonne volonté, parce qu'ils se fatiguent très vite et qu'ils ne peuvent maintenir le cautère à un degré de chaleur assez élevé.

Ce traitement, si simple et si rapide, permet de supprimer d'une manière à peu près absolue tous ces vésicatoires et toutes ces mouches de Milan, qui exaspèrent les malades nerveux, les privent souvent du sommeil, de l'appétit, les salissent toujours et dont l'application a parfois de si fâcheuses conséquences sur les organes urinaires.

Ce traitement permet enfin au médecin de bien agir lui-même sur le point malade, et ce n'est point un mince avantage, si nous nous rappelons les erreurs que nous voyons si souvent commettre, sous nos yeux, par des auxiliaires négligents ou inintelligents. C'est à peine s'il laisse sur la peau des vestiges de son passage. (On n'a donc plus à redouter ces cicatrices si désagréables, conséquences à peu près inévitables des vésicatoires maintenus longtemps en suppuration, suivant les prescriptions des médecins de la vieille école.)

Les cautérisations ponctuées, pratiquées suivant les règles que nous venons de décrire, produisent des effets de trois sortes : 1° sur la peau; 2° sur la plèvre et le poumon; 3° sur l'économie en général.

1° *Action sur la peau.* — Quelles que faibles que soient les cautérisations, elles produisent toujours, à moins qu'elles ne soient par trop espacées, une rougeur intense du tégument externe; rougeur qui, chez certains malades, persiste souvent pendant plusieurs heures, et une hyperthermie que j'ai vu, une fois, s'élever à plus de 1° centig.; cette élévation locale de la température peut fort bien, quand on n'a pas de thermomètre à sa disposition, être perçue par la peau de l'oreille et de la joue de l'observateur appliquées sur la partie cautérisée. Il nous est donc permis d'affirmer, au moins quant à la rougeur, qu'il y a eu là un effet considérable *produit sur les nerfs vaso-moteurs.*

Cette action ne se localise même pas toujours aux portions touchées, et je dois signaler que chez une de mes malades atteinte de pleurésie tuberculeuse de tout le côté droit avec commencement de fonte du sommet du poumon, la rougeur de la peau reparaissait à la base de la poitrine quand je cautérisais le sommet et *vice versa.*

On remarque, en outre, d'une manière à peu près constante sur toute la zone du tégument touchée par le cautère, un état d'éréthisme particulier concomitant, vulgairement connu sous le nom de chair de poule. Chez la malade que j'ai signalée plus haut, cet état se généralisait et occupait instantanément toute la cage thoracique; il y a donc, malgré l'insignifiance de la douleur, une impression énergique et profonde produite sur le système nerveux central se traduisant par un phénomène réflexe, l'horripilation de la peau; et cela est d'autant plus certain que la contraction des muscles du derme peut, dans certains cas, se produire à distance des points cautérisés, ainsi que cela est démontré par l'observation citée plus haut.

2° *Action locale sur la plèvre et sur le poumon.* — Après quelques séances de cautérisations ponctuées, l'auscultation permet de constater la diminution des frottements pleuraux et l'affaiblissement graduel des phénomènes dus à la congestion de l'organe respiratoire.

Sans entrer dans de plus amples détails, il nous suffira de rappeler que la matité diminue, que le poumon devient plus perméable à l'air, et que, dans plusieurs cas, il nous a été permis d'arrêter très rapidement des hémoptysies présentant un certain caractère de gravité, Nous devons pourtant avouer que nous avons échoué sur

un phthisique au premier degré qui avait eu plusieurs hémoptysies antérieures ayant résisté à tous les moyens connus, et qui succomba complètement exsangue après plusieurs syncopes. Les cautérisations très multipliées que je fis en désespoir de cause dans cette circonstance ne produisirent aucun effet, et, comme je l'ai dit, le malade mourut sans réaction.

Parmi les phénomènes locaux produits par le traitement, et comme conséquence de ceux que je viens d'indiquer, je dois signaler une notable diminution de la toux et de l'expectoration.

3° *Effets généraux.* — Ils ne se font habituellement pas attendre longtemps. Après quelques séances, la fièvre diminue, la température baisse, les accès vespéraux perdent leur régularité pour disparaître quelquefois complètement, le sommeil devient plus calme et il est bien rare que l'on soit encore obligé de recourir encore à l'atropine pour combattre ces sueurs nocturnes qui troublent le repos des phthisiques et sont une cause si puissante d'affaiblissement. L'appétit renaît; les fonctions digestives se régularisent; les règles suspendues reparaissent chez la femme; les pertes séminales sont moins fréquentes pendant la nuit chez les hommes; le malade devient moins sombre; il est moins préoccupé de son état; il devient aussi graduellement moins impressionnable, physiquement et moralement; il redoute moins les courants d'air; il ressent, en un mot, une action tonique dans tout son organisme; presque tous attendent avec impatience l'heure de la cautérisation, à la suite de laquelle ils éprouvent un incontestable bien-être, et l'un d'eux me traduisait son impression en comparant l'effet de la pluie d'étincelles que je faisais tomber sur ses épaules à celui produit par des douches qu'il avait prises quelques années auparavant.

Tels sont les résultats produits localement et généralement par ce traitement, en réalité si facile à appliquer et si bénin à supporter; nous n'avons pas, bien entendu, la prétention d'avancer que les cautérisations ponctuées, et aussi multipliées que possible, arriveront à guérir les phthisiques arrivés aux dernières périodes de la maladie tuberculeuse; elles ne peuvent, dans ces cas graves, que provoquer le réveil des forces en général et permettre aux médicaments d'agir plus activement; elles serviront alors seulement à prolonger l'existence du malade, mais elles seront certainement très efficaces pour arrêter les premières manifestations de l'évolution tuberculeuse. Elles arrêteront ainsi de nombreux malades sur le chemin si glissant de la phthisie pulmonaire.

Dans les deux cas, elles doivent être considérées comme l'un des plus puissants moyens d'action que le médecin puisse avoir sur l'organisme. Agissent-elles en modifiant la circulation de l'organe malade? En provoquant une congestion cutanée compensatrice? Ou bien agissent-elles par action réflexe sur la nutrition des organes malades? Ces deux causes agissent-elles simultanément? C'est ce que nous serions tenté de croire, sans cependant pouvoir l'affirmer; mais, quel que soit leur mode d'action, les effets produits par la multiplicité des cautérisations ponctuées ont été tels, leurs résultats m'ont paru si satisfaisants dans le traitement de la pleurésie d'origine tuberculeuse, de la phthisie, de l'asthme, des engorgements lymphatiques de la base du poumon, et dans un cas de lumbago chronique datant de trois ans, qu'elles nous semblent destinées à voir leur emploi se généraliser dans le traitement de toutes les maladies par congestion des organes les plus importants de l'économie.

Il me reste, Messieurs, à vous donner les résultats statistiques fournis par ce traitement.

Je n'ai malheureusement pas tenu une observation exacte des quelques malades que j'ai soumis aux cautérisations dans le courant des années précédentes, mais voici la statistique exacte de cette année.

Dans le courant de l'hiver de 1881-82 j'ai traité, à Hyères, par les cautérisations ponctuées, 44 phthisiques, dont 23 étaient déjà porteurs de cavernes pulmonaires.

2 malades du sexe féminin n'ont pas voulu continuer le traitement.

3 sont morts, dont 1 d'hémoptysie foudroyante et 2 de phthisie pulmonaire et laryngée.

2 sont restés stationnaires.

1 est parti plus malade qu'à son entrée.

Tous les autres, au nombre de 37, ont vu leur état s'améliorer dans des proportions souvent très notables.

Sur ces 37 malades, il y avait 18 hémoptysiques signalés comme tels par leurs médecins; 10 d'entre eux n'ont plus eu à Hyères, dans tout le courant de l'hiver, la moindre hémoptysie; chez les 8 autres, les rechutes ont toujours été facilement arrêtées par l'emploi des cautérisations ponctuées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Luton (de Reims) relative aux injections sous-cutanées de mercure métallique.

2° Un pli cacheté adressé par M. Burcq. (Accepté.)

3° Un mémoire de M. le docteur Bertherand (d'Alger) relatif à l'utilisation du goyavier en médecine. (Concours du prix Desportes.)

MM. les docteurs DIEULAFOY et KRISHABER adressent une note additionnelle à la communication faite à l'Académie de médecine, à la date du 23 août 1881, et ayant pour titre : *De l'inoculation du tubercule sur le singe.* Voici le résumé de ce travail :

« Des 40 singes qui ont servi à la première série de nos expériences, ceux auxquels avait été inoculée la matière tuberculeuse succombèrent à la tuberculose dans une proportion quatre fois plus considérable que ceux qui, n'ayant subi aucune inoculation, avaient seulement servi de témoins.

Il nous a paru nécessaire d'établir la contre-épreuve de ces résultats et d'inoculer à des singes du pus non tuberculeux. C'est là le sujet de la présente communication que l'Académie voudra bien accueillir *à titre complémentaire.*

Le 21 juin 1881, nous avons injecté sous la peau de dix singes quelques gouttes de pus provenant d'un phlegmon traumatique du bras survenu chez une femme de 44 ans, en parfait état de santé.

Le 9 juillet, 18 jours après l'inoculation, deux des singes sont morts, l'un atteint de pleurésie aiguë et l'autre de dysenterie. A l'autopsie nulle trace de tubercule.

Le 6 août, 46 jours après l'inoculation, mort d'un troisième singe. A l'autopsie, on trouve les poumons, la rate, le foie, le péritoine parsemés de nombreuses granulations tuberculeuses.

Le 25 août, 65e jour de l'inoculation, un quatrième singe meurt de dysenterie. L'autopsie ne révèle aucune trace de tubercule.

Le 5 octobre, 105e jour de l'inoculation, un cinquième singe succombe à la suite d'une bronchite aiguë. Ici encore, à l'autopsie, pas de tubercule.

Il ne s'est pas produit d'autres morts.

Une année s'est écoulée depuis le jour de notre expérience dont les effets sont considérés comme épuisés depuis longtemps. De ce que nous venons d'exposer il résulte, que sur 10 singes ayant subi l'inoculation avec du pus non tuberculeux, un seul est mort tuberculeux. Il se trouve même que la tuberculose a été plus fréquente chez les singes ayant servi de témoins dans la première série de nos expériences, car sur 24 témoins, cinq sont morts tuberculeux. Cette circonstance a peut-être une signification que nous énonçons, mais sous toutes réserves.

Les 24 témoins de la première série avaient, en effet, vécu en promiscuité avec les 16 sujets soumis à l'inoculation tuberculeuse et dont la grande majorité avait succombé à la tuberculose. Les 10 sujets qui ont subi l'injection du pus d'un phlegmon traumatique n'étaient, au contraire, nullement mêlés à des animaux infectés de tubercules. Il est donc permis de se demander si la contagion par cohabitation ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'éclo-

sion du tubercule sur les individus non inoculés. A ce point de vue, un fait observé sur l'un des singes de notre première série d'expériences mérite d'être signalé.

Avant d'entreprendre nos recherches sur un grand nombre de singes pour lesquels nous avions fait aménager une installation *ad hoc*, isolée de notre habitation, nous avions un petit macaque qui vivait avec nous depuis deux ans et était resté en parfait état de santé. Or la singerie une fois installée et nos inoculations faites, nous avons joint le petit macaque aux autres témoins, sans lui faire subir aucune inoculation. Dès les premiers jours de son entrée en cage, ce petit macaque fut *protégé* par un gros singe qui le tint constamment dans ses bras ; ce gros singe avait été inoculé et devint tuberculeux ; à son tour, le petit macaque se mit à tousser et à maigrir et succomba neuf jours avant son protecteur. Sur les deux individus nous avons trouvé presque tous les organes envahis par la tuberculose.

50 singes ayant été sacrifiés à cette étude, que nous avons poursuivie pendant deux ans et demi et basée sur des faits scrupuleusement observés, nous croyons pouvoir l'arrêter ici. »

—

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de la Société française d'hygiène, une brochure intitulée : *Hygiène et éducation physique de l'enfance.*

M. Jules Guérin présente, au nom de M. le docteur Hubert Boëns, membre de l'Académie de médecine de Belgique, un ouvrage intitulé : *Recherches historiques et scientifiques sur la vaccine.*

M. Woillez présente, de la part de M. le professeur Fonssagrives (de Montpellier), un ouvrage intitulé : *Traité d'hygiène infantile.*

M. Blot présente, au nom de M. le docteur Lalagade (d'Albi), un travail manuscrit intitulé : *Étude pratique sur les cicatrices vaccinales.*

M. Gueneau de Mussy (Noël) présente : 1° au nom de M. le docteur Despine (de Genève), l'article *Rougeole*, extrait du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — 2° Au nom de M. le docteur Artl (de Londres), un travail sur la formation de la fibrine.

M. Parrot présente, au nom de M. le docteur Coyne (de Bordeaux), l'article Oreille extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de M. Dechambre.

—

M. Depaul lit, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant, un travail sur la *physiologie pathologique de la rage.* L'auteur s'attache à montrer qu'il a le premier conçu l'idée de la transmission du virus rabique par les nerfs jusqu'au bulbe. Il dit qu'il est arrivé, dans un travail publié en 1879, à cette double conclusion générale que l'hypothèse de l'absorption du virus rabique par le sang est partout pleine d'obscurité et n'explique aucun des phénomènes observés, tandis que l'hypothèse de transmission de ce même virus par les nerfs rend compte non-seulement d'un assez grand nombre de ces phénomènes, mais qu'elle permet d'en prévoir beaucoup d'autres, et qu'elle ouvre ainsi un champ aussi vaste qu'attrayant aux recherches expérimentales qu'on ne manquera pas d'instituer dans l'avenir. »

M. Bouley dit que M. Duboué a émis une simple hypothèse sans preuve à l'appui, tandis que MM. Pasteur, Chamberland et Roux, ont eu le mérite d'en faire la démonstration expérimentale.

—

M. Hillairet, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bergeron et Henri Roger, lit un rapport officiel adressé au ministre de l'instruction publique sur la question de la *durée de l'isolement dans les maladies contagieuses.* Voici les conclusions de ce rapport :

1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, ou de la diphthérie, seront strictement isolés de leurs camarades.

2° La durée de l'isolement devra être de quarante jours pour la variole, la rougeole, la scarlatine et la diphthérie ; de vingt-cinq jours pour la varicelle et les oreillons.

3° L'isolement ne cessera que lorsque le convalescent aura été baigné.

4° Les vêtements que l'élève portait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à plus de 90° et soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés.

5° Les objets de literie, les rideaux de lit et de la chambre d'isolement, les meubles et les parois même de la chambre devront être largement désinfectés, lavés, puis aérés.

6° L'élève qui aura été atteint en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin attestant qu'il a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées.

Les conclusions du rapport de M. Hillairet sont mises aux voix et adoptées.

—

M. Blot lit le rapport général *sur le service des vaccinations et revaccinations* pendant l'année 1880. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret à la suite de la séance.

M. Jules Guérin se réserve de prendre la parole sur ce sujet au commencement de la séance prochaine.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Blot sur le service des vaccinations et revaccinations.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 mars 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Perrin demande la parole pour faire une communication à l'occasion de la circulaire préfectorale, dont M. Rougon a entretenu la Société dans la dernière séance. Il a été témoin dans une famille, dont il est le médecin, de la façon fâcheuse avec laquelle il a été procédé à l'enlèvement d'un petit fœtus de 3 mois et demi reçu par lui. Au lieu d'une voiture *spéciale*, ne devant rappeler en rien le *corbillard*, d'après la circulaire de M. le préfet de la Seine, on s'est présenté au domicile de la famille, avec la voiture dans laquelle on transporte les cercueils destinés aux décédés de la veille. Cette voiture conduite par un cocher revêtu de l'uniforme de l'administration des pompes funèbres, contenait un certain nombre de cercueils au moment où a eu lieu l'enlèvement du petit fœtus. Il est évidemment regrettable que, conformément à la circulaire de M. le préfet de la Seine, une voiture tout à fait spéciale et relativement destinée à l'enlèvement des produits embryonnaires, ne soit pas mise par l'administration des pompes funèbres à la disposition des familles, ce qui sauvegarderait d'une manière beaucoup plus décente les justes exigences auxquelles les familles ont droit en pareille cirsonstance.

—

M. Polaillon demande la parole à propos du procès-verbal.

Les observations d'ovariotomie présentées dans la dernière séance par M. Gillette tendent à faire croire que l'on peut opérer dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, sans qu'il en résulte d'inconvénient pour les malades.

De ce que ces opérations ont réussi malgré les milieux antihygiéniques où elles ont été pratiquées, il ne faut pas en conclure que le chirurgien puisse négliger, pour faire cette opération, de s'entourer de toutes les précautions hygiéniques possibles.

Je citerai à l'appui de mon opinion le fait suivant :

Une ouvrière, porteur d'un kyste ovarique, vint me consulter l'année dernière : cette femme était d'une bonne santé, un peu obèse ; le cas était simple et paraissait devoir être guéri par une opération sans complication. Le mari et la femme mettaient pour condition à l'opération, que cette dernière fut faite chez eux : or le local était un logement d'ouvrier, et il y avait plusieurs enfants en bas âge. Je refusai absolument de faire l'opération dans ce milieu, parce que je ne pensais pas qu'il fut possible de donner à l'opérée la tranquillité et les soins nécessaires. Quelques jours après, j'appris que l'opération avait été faite ; elle avait été très simple et n'avait donné lieu, ainsi que je l'avais présumé, à aucune complication. Cependant, la femme mourut du septième au huitième jour. Je ne peux me défendre de croire que les soins consécutifs défectueux, le défaut de tranquillité, les conditions de milieu ont dû être pour quelque chose dans la production du dénouement fatal. Il est du devoir du chirurgien de ne faire l'ovariotomie que dans de bonnes conditions d'hygiène et de soins consécutifs.

—

M. le Secrétaire général procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend :

Le *Journal des sages-femmes*, le *Concours médical*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, un numéro de la *Revue des travaux scientifiques*, t. II. Travaux publiés en 1881, n° 2.

M. de Beauvais fait hommage à ses collègues du tirage à part du Compte rendu qu'il a fait des travaux et du mouvement de la Société pour l'année 1880.

M. Thorens dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Charles Schutzenberger, sa vie et son œuvre ;* extrait de la livraison de février 1882 de la *Revue alsacienne*, organe des intérêts alsaciens et lorrains.

M. le Secrétaire général lit le résumé présenté par M. le Trésorier au Conseil d'administration sur l'exercice de 1881 finissant au 1er janvier 1882.

La Société accueille cette communication par des applaudissements unanimes et vote des remercîments à M. Perrin, son dévoué et habile trésorier.

—

M. de Beauvais annonce à ses collègues la perte récente d'un membre titulaire, le docteur Aimé Martin, mort à l'âge de 46 ans, le 19 mars, d'une néphrite parenchymateuse. Il faisait partie de la Société depuis 1866; médecin de Saint-Lazare, auteur d'un traité fort estimé de la syphilis; il était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1871.

Un grand nombre de membres de la Société assistait aux obsèques de ce distingué et regretté collègue.

—

M. Durand-Fardel lit un travail intitulé : *Considérations sur les diathèses par anomalie de l'assimilation* (*obésité, uricémie, diabète*). — (Voir l'Union Médicale des 1er et 4 juillet 1882.)

M. Richelot fils fait une communication sur une *fistule salivaire du canal de Sténon.* (Sera publiée prochainement.)

DISCUSSION

M. Polaillon : Les plaies et même les pertes de substance du canal de Sténon se guérissent parfois d'une façon inattendue, sans qu'il s'établisse une fistule. Dans un cas où j'avais été obligé de réséquer une portion du canal de Sténon, pour enlever une tumeur de la parotide accessoire, je m'attendais à avoir une fistule; mais il n'en fut rien : les tissus se cicatrisèrent, et la salive parotidienne retrouva une voie jusqu'à la partie antérieure du canal de Sténon qui continua à la déverser dans la bouche. Voici cette observation :

Observation. — *Adénôme de la parotide accessoire; ablation de la tumeur; résection d'une portion du canal de Sténon; guérison sans fistule salivaire.*

Le nommé Bog..., Joseph, âgé de 17 ans, né en Italie, exerçant la profession de journalier, entre le 7 décembre 1881 dans mon service des hommes, à l'hôpital de la Pitié, lit n° 32. Ce jeune homme est très robuste, sans antécédent pathologique, sans diathèse. Il porte une tumeur au niveau de la région massétérine droite.

Le début de cette tumeur remonte à trois années. Le malade attribue son origine à un coup de pierre qu'il aurait reçu dans cette région. Elle est restée fort longtemps stationnaire avec le volume d'une noisette. Elle s'est accrue seulement dans les derniers mois.

Il y a huit jours, un morceau de bois pointu vint accidentellement frapper la tumeur. Il y eut une petite plaie et une hémorrhagie assez abondante. La plaie ne se cicatrisa pas complètement. Il resta un pertuis par lequel s'écoula un liquide filant. En même temps, la tumeur augmenta sensiblement de volume.

La tumeur siège un peu au-dessous de l'arcade zygomatique. Elle est grosse comme la moitié d'une petite mandarine, aplatie, circulaire à sa base, bosselée, recouverte d'une peau très adhérente, rugueuse, hypertrophiée, d'une teinte brune et même violacée par places. Sa consistance est ferme, même assez dure. Elle n'est pas réductible et ne présente aucun bruit de souffle. Il n'y avait pas depuis l'enfance, dans cette région, une tache pigmentaire ou vasculaire de la peau. De sorte que nous écartons l'idée d'une tumeur érectile plus ou moins transformée.

Au centre de la tumeur, existe une petite ulcération qui laisse écouler un peu de sang et un liquide jaunâtre et filant. En pratiquant le cathétérisme du canal de Sténon et, en retirant la sonde, on voit sourdre par l'orifice buccal de ce canal une goutte de liquide jaunâtre et filant, analogue à celui qui suinte à la surface de la tumeur.

Le siège de la tumeur, sa consistance, son origine, l'écoulement d'un liquide semblable par l'ulcération et par le canal de Sténon, nous conduisent à porter le diagnostic d'un *adénôme de la parotide accessoire.*

Cette production ne produit pas de troubles fonctionnels. Elle n'a jamais été douloureuse. L'innervation du facial est indemne.

Opération le 14 décembre. — Chloroformisation. Une fine sonde en gomme est introduite dans le canal de Sténon par l'orifice buccal et poussée aussi loin que possible, afin de trouver facilement le canal et d'éviter, si cela est possible, de l'intéresser pendant l'opération.

Incision en L renversé; la grande branche est verticale et mesure 4 à 5 centimètres. Dissection de la tumeur qui est fortement adhérente à la peau et au muscle masséter. La tumeur est enlevée en plusieurs morceaux. Il ne m'est pas possible de respecter le canal de Sténon,

qui était englobé dans la tumeur et qui est enlevé avec elle dans une partie de son étendue. Le muscle masséter se voit à nu au fond de la plaie. L'écoulement du sang pendant l'opération a été assez considérable. Il n'y a pas de paralysie des muscles des lèvres, ce qui indique que le facial a été respecté, au moins dans ses principaux filets.

Suture métallique (sept points). Pansement de Lister. La petite sonde en gomme est laissée à demeure dans le canal de Sténon.

15 décembre. La nuit a été bonne. Il existe un gonflement notable du côté droit de la face. La sonde du canal de Sténon est presque sortie entièrement dans la bouche, on l'enlève. Il ne coule aucun liquide par ce canal.

Le soir de l'opération, la température s'est élevée à 39°2. Mais, à partir de ce jour, elle est tombée à 37°5, et a oscillé entre 37°5 et 36°8.

16 décembre. Premier pansement. La plaie suppure modérément. Ablation de quelques points de suture.

17 décembre. Le gonflement de la face a augmenté.

Il s'étend jusqu'à l'œil et simule un érysipèle. La plaie suppure abondamment.

Les jours suivants, la plaie se cicatrise par bourgeonnement. Le gonflement de la face se dissipe peu à peu.

26 décembre. Un petit abcès s'est formé à la partie inférieure de la plaie; mais cet abcès se guérit sans encombre.

Ce n'est pas sans étonnement que nous avons constaté qu'à aucun moment de la cicatrisation la salive parotidienne ne s'est écoulée par la plaie. Cependant la glande parotide avait été conservée et paraissait saine.

9 janvier 1882. L'opéré sort guéri. Il n'a ni fistule du canal de Sténom, ni gonflement de la région parotidienne pendant les repas, ni sécheresse particulière de bouche indiquant une absence de sécrétion du côté opéré. Tout porte à croire que la sécrétion se fait et que le liquide passe par le canal de Sténon.

M. Reliquet : Le cas intéressant de M. Polaillon confirme le fait acquis que la fistule du canal de Sténon ne se produit que lorsque le bout antérieur du canal est oblitéré.

Dans son observation très remarquable, M. Richelot s'est servi d'une ouverture postérieure préexistante pour ne pas passer son drain dans l'orifice cutané antérieur, qu'il considère comme la vraie fistule. Je lui demanderai si, dans l'avenir, n'ayant qu'un seul orifice fistuleux cutané, il établira un nouveau trajet postérieur avec orifice cutané, pour ne pas faire passer le drain par la fistule.

M. A. Forget demande à M. Richelot quelques éclaircissements sur l'anatomie pathologique de ce cas particulier de fistule salivaire, notamment sur la manière dont il faut comprendre la communication du bout postérieur du canal de Sténon avec le foyer de l'abcès, et l'influence que cet abcès et son ouverture chirurgicale ont pu avoir sur la guérison de l'ancienne fistule.

M. Richelot : Il existe une certaine analogie anatomique, sinon étiologique, entre l'observation de M. Polaillon et la mienne. Dans le fait de M. Polaillon, la salive versée par le bout postérieur du canal de Sténon tombait dans le foyer créé par l'opération chirurgicale, et de là passait dans le bout antérieur du canal qui était conservé. Dans le fait que je viens de rapporter, la salive tombait du bout postérieur dans un foyer d'abcès, et de là elle était versée à l'extérieur, parce que le bout antérieur était oblitéré. Si chez le malade de M. Polaillon, il n'y a pas eu de fistule salivaire, c'est, comme l'a dit M. Reliquet, parce que le bout antérieur du canal restait perméable, et parce que la cicatrisation de la plaie opératoire s'est faite rapidement, avant que ce bout antérieur ait eu le temps de se rétrécir et de forcer la salive à prendre un autre chemin.

Je répondrai à M. Reliquet que, dans les cas où je rencontrerai une fistule solidaire du canal de Sténon dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire sans abcès voisin et sans double orifice, j'ai l'intention de créer un orifice postérieur en arrière de la fistule et de faire passer par cet orifice le bout postérieur de mon anse de caoutchouc, afin de laisser libre la fistule elle-même. C'est là l'essence du procédé nouveau que je propose, et c'est en cela qu'il diffère de celui de Mouro qui passait simplement un fil de la bouche à la fistule.

M. Richelot termine en traçant sur le tableau une figure schématique pour insister sur les détails anatomiques au sujet desquels M. A. Forget lui a demandé quelques explications.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Dr Delefosse.

JOURNAL DES JOURNAUX

La *chorée électrique*, par le docteur Beauche. — Dans ce mémoire, qui est le résumé de nos connaissances actuelles sur cette maladie, l'auteur démontre qu'on doit désigner sous ce nom, une affection endémique en Lombardie, et quelquefois dans d'autres contrées de l'Europe, dont les symptômes consistent dans des mouvements continuels d'apparence rhythmés, d'intensité toujours égale et comparables aux contractions musculaires provoquées par des chocs électriques.

Pendant les périodes paroxystiques de ces phénomènes, on observe l'élévation de la température de la peau et une abondante transpiration. Les spasmes sont unilatéraux au début, et peuvent occuper les muscles du visage, du tronc ou des membres. Pendant le sommeil, ils diminuent d'intensité, mais ne cessent cependant pas.

Après un certain temps, les régions malades deviennent œdematiées et parétiques; les spasmes s'étendent aux deux côtés du corps; la peau se couvre de sueurs, la langue sort de la bouche, la salive s'écoule par les commissures labiales, et si cet état persiste, la mort peut survenir. Il existe le plus souvent de l'inappétence, de la constipation, des tremblements et des douleurs des membres, mais l'intelligence reste intacte.

La durée de cette maladie varie entre une semaine et quatre ou cinq mois, et sa gravité est des plus grandes. Elle affecte surtout des femmes âgées de seize à trente ans, reconnaît pour cause prochaine les violentes émotions, et comme causes banales, l'hypertrophie et les palpitations cardiaques, les vers intestinaux, les troubles menstruels, les excès alcooliques ou sexuels, la malaise et en un mot toutes les causes de dépression de l'organisme.

Les lésions anatomiques de cette affection sont sans doute l'irritation spéciale, avecatrophie progressive des fibres nerveuses, lésions, qui cependant n'ont pas été signalées par tous les observateurs.

Le diagnostic consiste à séparer cette affection de la danse de Saint-Guy, des convulsions épileptiformes, d'origine cérébrale ou spinale, des troubles nerveux du saturnisme et de l'éclampsie ou de la méningite cérébro-spinale. Parmi les moyens thérapeutiques, aucun n'a donné de résultats complets; toutefois les agents qui ont été préconisés avec le plus de succès sont : la glace, le chloroforme, l'opium, l'hyoscyamine, l'atropine et les stimulants. (*Sperimentale*, octobre 1881 et *New-York med. journ.*, mars 1882, p. 315.) — Ch. E.

Du coma diabétique, par le docteur Dreschfeld. — De l'analyse de cinquante-cinq cas, l'auteur a pu conclure que le coma diabétique, qui se montre surtout chez des sujets peu âgés, dans les deux premières années de la maladie, peut présenter trois formes : la première comparable à l'ivresse alcoolique, la seconde soporeuse et la troisième délirante, caractérisée par de l'épigastralgie, de la dyspnée et quelquefois par des convulsions. L'odeur de l'haleine et les réactions de l'acide acétique dans l'urine, précèdent l'invasion de ces symptômes. Le sang contient des traces d'éther acétique et de ses dérivés, sous forme d'acétone et d'alcool; les tubuli contorti des reins sont le siège de dégénérescences graisseuses.

On a attribué ces accidents soit à l'acétonurie, soit à des embolies graisseuses; mais le docteur Dreschfeld considère ces théories comme insuffisantes, et considère le coma comme produit par la rétention dans le sang de substances toxiques, formées probablement par la décomposition des matières sucrées, et par l'intervention d'un ferment. De là, l'indication d'essayer contre ces accidents l'emploi de la méthode antiseptique. (*Bust Med. Journal*, 29 octobre 1881.) — Ch. E.

Une épidémie de convulsions, par le docteur Yandell. — Cette épidémie avait pour origine l'exaltation religieuse de certaines populations du Kentuky au commencement de notre siècle. Le docteur Yandell, dans son mémoire, constate que les attaques convulsives présentaient des formes variables : tantôt elles consistaient dans des spasmes musculaires violents; tantôt elle débutaient par la perte de connaissance et la catalepsie.

D'autres convulsionnaires étaient atteints d'un rire qu'ils ne pouvaient modérer, ou bien d'attaques pendant lesquelles ils marchaient sur les quatre membres comme les quadrupèdes et aboyaient comme les chiens. (*Bræm*, octobre 1881.)

Cette épidémie est donc caractérisée par tous les symptômes et toutes les formes de la grande hystérie, et présente un intérêt historique par ses analogies avec les célèbres endémies du XVIe et du XVIIIe siècle en Europe. — Ch. E.

VARIÉTÉS

REBOUTEUR ET LOUEUR DE VOITURES.

C'est devant la 9e chambre correctionnelle que vient de se terminer la singulière histoire dont nous avons fait connaître le début dans l'UNION MÉDICALE. Si la justice est lente à venir, elle finit par arriver, et probablement elle arrive toujours trop tôt.... pour les coupables. Nous empruntons au *Temps* le récit de ce procès et du jugement sévère du tribunal.

Le sieur Pomerol qui exerçait, avenue des Ternes, la profession de rebouteur, et qui avait longtemps, dans le même quartier, exercé celle de loueur de voitures, a été poursuivi sur la plainte d'un nommé Chauvet, peintre en voitures, dont il a estropié l'enfant. Le père de la victime réclamait pour ce fait 20,000 francs de dommages-intérêts. L'enfant, âgée de 6 ans, s'était fracturé le bras à la suite d'une chute, et avait été conduite par sa mère chez le rebouteur. Pomerol raccommoda le bras à sa façon. Mais cette façon n'était pas heureuse, car une gangrène étendue de l'avant-bras fut la conséquence du traitement de l'empirique.

L'enfant fut alors amenée au docteur Demoulins, qui a été entendu comme témoin. Notre honorable et énergique confrère, de Levallois-Perret, constata l'existence, sur la main et l'avant-bras, de larges plaques gangréneuses des parties molles et par places la mise à nu des os. Le bras, grâce à des soins, a pu être sauvé d'une amputation, mais la paralysie demeure complète. L'enfant Chauvet est donc atteinte d'une infirmité incurable.

La victime n'était pas seule, mais le tribunal n'a retenu que ce fait et a infligé à Pomerol 100 francs d'amende. Mais il l'a condamné à servir à la petite infirme *une rente viagère annuelle de* 500 *francs.*

Au cours des débats, le sieur Pomerol, qui *se croyait* à l'abri de la loi, a avoué que « pour se mettre en règle », il se faisait assister d'un médecin. Mais comme ce médecin, qui habiterait avec le rebouteur ou dans son voisinage, était là tout simplement pour la mise en scène, il encaissait les sommes payées, en prélevait une part et avait l'honneur, fameux sans doute à ses yeux, de voir son nom figurer au-dessous de celui du rebouteur sur des cartes ainsi libellées : M. X..., rebouteur, assisté du docteur de Y...

Avis donc aux autres victimes. La voie leur est ouverte et les nombreux estropiés peuvent obtenir réparation des dommages dont ils ont soufferts par le fait de leur naïve crédulité. Avis donc aussi aux rebouteurs, qui s'imaginent que l'impunité leur est acquise parce qu'ils coiffent un bonnet politique d'une couleur quelconque, et qu'ils font imprimer leur nom sur les affiches des comités électoraux.

Néanmoins, en présence de ces délits, renouvelés quotidiennement durant quatre ans, et enregistrés sur des livres qui ont été saisis par l'officier de police au moment où ce dernier surprenait le rebouteur, *flagrante delicto*, il est très regrettable que le ministère public ne fasse pas exécuter la loi tout entière. Mais les victimes peuvent poursuivre et réclamer avec succès, comme dans le cas actuel, de justes indemnités. C'est à la Société médicale du XVIIe arrondissement de Paris, dans lequel se sont passés ces faits, Société fondée dans un but de défense professionnelle, d'intervenir auprès des autorités compétentes. Le moyen le plus efficace de sauvegarder les intérêts moraux et professionnels du Corps médical est encore de les faire défendre par les médecins eux-mêmes. — N.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 7 au 13 juillet 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 884. — Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 11. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 41. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 3. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 3. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchites aiguës, 11. — Pneumonie, 43. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 65 ; au sein et mixte, 36 ; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86 ; circulatoire, 59 ; respiratoire, 41 ; digestif, 45 ; génito-urinaire, 16 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 5.

CONCLUSIONS DE LA 28e SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,165 naissances et 884 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,008, 1,101, 960, 1,041. Le chiffre de 884 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Variole (11 décès au lieu de 22 pendant la 27ᵉ semaine), la Rougeole (18 au lieu de 28), la Scarlatine (2 au lieu de 6), la Diphthérie (41 au lieu de 46), l'Érysipèle (3 au lieu de 12);

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (44 décès au lieu de 35), et l'Infection puerpérale (5 décès au lieu de 3).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (38 malades reçus du 3 au 9 juillet, au lieu de 54 entrés pendant les 7 jours précédents, et pour la Diphthérie (29 au lieu de 35), et supérieur pour la Fièvre typhoïde (117 au lieu de 102).

Résumé de la situation sanitaire pendant le 1ᵉʳ *semestre* 1881.

Il nous a paru intéressant de rapprocher les nombres des naissances et des décès relevés dans les 26 numéros du bulletin hebdomadaire parus dans la première moitié de l'année 1882, des chiffres qui ont été enregistrés pendant la période correspondante de 1881. Nous donnons ci-après le résultat de ce travail.

1ᵉʳ semestre 1881	Naissances	30,120	Décès	30,058
1ᵉʳ semestre 1882	—	31,630	—	31,887
Différence en plus pour 1882 :	Naissances	1,500	Décès	1,829

En résumé, plus de naissances, mais surtout plus de décès pendant les 6 premiers mois de 1882. La comparaison est donc à l'avantage de 1881. Toutefois, pour l'appréciation des chiffres qui précèdent, il ne faut pas oublier que, comme l'a révélé le dernier recensement, la population parisienne augmente par année, en moyenne, de 50,000 individus. Cet accroissement atténue, dans une certaine mesure, l'écart existant entre les deux années, et rend moins surprenante l'élévation de la mortalité générale.

Un travail analogue effectué pour les principales affections épidémiques, donne les résultats suivants :

	Fièvre typhoïde	Variole	Rougeole	Scarlatine	Diphthérie	Fièvre puer.
1ᵉʳ semestre 1881	1,206	698	541	240	1,155	178
1ᵉʳ semestre 1882	989	439	704	106	1,529	184

L'année 1882, dans sa première partie, a donc présenté moins de décès par Fièvre typhoïde, Variole et Scarlatine que l'année 1881. La Rougeole et la Diphtérie, au contraire, ont fait un bien plus grand nombre de victimes en 1882, cette dernière affection notamment, dont le total a dépassé de près de 400 décès le chiffre déjà si élevé qui avait été constaté pour les 6 premiers mois de l'année 1881.

Dʳ Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Potion contre l'hémoptysie. — Vindevogel.

Teinture de digitale	2	grammes.
Ergotine de Bonjean	5	—
Sirop de morphine.	30	—
Eau distillée	200	—

F. s. a. une potion à donner par cuillerées d'heure en heure, dans le cas d'hémoptysie. Repos absolu, révulsifs sur les membres inférieurs. Éviter par tous les moyens possibles la congestion pulmonaire. — N. G.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 22 juillet 1882, à 8 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Note sur l'histoire de l'insuffisance tricuspide, par M. Duroziez. — 2° Communication sur les symptômes de la grossesse gémellaire par M. Budin. — 3° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

ACTION COMPARÉE DE L'ACIDE PHÉNIQUE ET DU SALICYLATE DE SOUDE,

Par le docteur Henri DESPLATS,

Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Depuis plusieurs années nous employons, dans notre service hospitalier et dans notre pratique privée, l'acide phénique et le salicylate de soude. A plusieurs reprises déjà nous avons eu l'occasion de signaler les heureux effets obtenus, dans les maladies fébriles, par l'acide phénique ; aujourd'hui nous voudrions faire connaître quelques-uns de ceux que nous a donnés le salicylate de soude et montrer que l'acide phénique et le salicylate ont une action analogue et peuvent, dans diverses maladies où leur emploi est indiqué, être substitués l'un à l'autre.

C'est surtout contre la fièvre que l'acide phénique a été préconisé et employé par nous, c'est surtout contre les douleurs du rhumatisme qu'on a recours au salicylate de soude. Nous essayerons de montrer d'abord que le salicylate est, comme l'acide phénique, un antipyrétique dont l'action est sûre, prompte et courte. Après cela parallèlement nous établirons que l'acide phénique est, en même temps qu'un antipyrétique infaillible, un analgésique presque aussi puissant que le salicylate.

I

Méthode d'observation employée.

Avant de dire les résultats de nos observations, nous devons faire connaître la

FEUILLETON

CAUSERIES

La succession de Simplice. — Le dernier voyage du docteur Crevaux : baptême du Rio Lesseps; découverte de la liane au curare. — Étiologie, topographie et thérapeutique de l'Alphonsisme.

Nascuntur poetæ, fiunt oratores,

a dit Horace, mais il n'a pas dit si l'on naissait écrivain ou si on le devenait. Qui de vous, chers lecteurs, me l'apprendra? Si l'on s'en rapportait au souvenir laissé par l'homme spirituel qui a créé ces *Causeries* et qui y a tenu jusqu'ici la première place, j'ai nommé Simplice, on nait écrivain. Son illustre adversaire dans la Presse médicale, je n'ose dire ennemi, M. Dechambre, un autre maître dans l'art de manier la plume, l'a laissé entendre dans les paroles d'adieu qu'il lui a adressées; nous devons l'en croire. Amédée Latour était né feuilletonniste, causeur-écrivain ; c'était sa vocation : qu'il se nommât Jean Raymond ou Simplice, « la Causerie médicale lui appartenait comme le pamphlet politique à Paul-Louis Courier. »

Mais les causeurs, les écrivains de naissance sont rares, et Simplice sera bien difficile à remplacer. Jusqu'à présent il n'a eu que de pâles imitateurs, ainsi que l'a déclaré le savant bibliothécaire de la Faculté de médecine dans l'oraison non funèbre qu'il a prononcée sur la tombe de son vieil ami. Mais, ce qui nous console, c'est que nous ne sommes pas les premiers qui ayons de la peine à supporter le poids d'un tel héritage. Comme les généraux d'Alexandre,

méthode qui nous a permis de les obtenir. Elle est nouvelle et assez difficilement applicable en clinique, aussi renonçons-nous à la voir adopter ailleurs que dans les services bien organisés et par les observateurs qui disposent de collaborateurs instruits et tout à fait dévoués(1). Il faut néanmoins que tous les médecins la connaissent, ne fût-ce que pour contrôler, au moins une fois, les faits que nous annonçons. Elle est simple du reste, lorsqu'on ne veut l'employer qu'exceptionnellement, praticable en ville comme à l'hôpital, et ne demande que de la patience. Il faut, en effet, que le médecin s'astreigne à ne pas quitter son malade et à noter les variations du pouls, de la température, de la respiration, des sécrétions, etc., qui se produiront après l'administration du médicament.

Depuis que cette méthode d'observation est régulièrement employée dans notre service, nous avons appris combien sont imparfaites et artificielles les courbes thermiques indiquant seulement les températures dites vespérales et matinales. Ces courbes, avec quelque soin qu'elles soient construites, quel que soit le zèle de celui qui a pris la température le matin et le soir, n'ont que l'apparence de l'exactitude. Loin de nous, certes, la pensée de dire qu'elles sont inutiles et qu'il faut y renoncer, telles qu'elles sont elles rendent trop de services pour cela ! Nous croyons intéressant de montrer qu'elles sont loin de mériter l'absolue confiance qu'on leur accorde, surtout quand les malades sont soumis à un traitement perturbateur Qui ne sait, en effet, que sous le nom de températures matinales et vespérales on comprend, non les températures prises tous les matins et tous les soirs aux mêmes heures et dans les mêmes conditions, mais les températures prises à une heure quelconque de la matinée ou de la soirée ? Qui ne sait que souvent les températures ne sont pas prises par la même personne, ni avec le même instrument ? Qui ne sait, surtout, qu'on ne tient aucun compte des conditions dans lesquelles la température a été prise ? Et cependant, quelle influence n'exercent pas les repas, les visites, le changement de linge, les évacuations, l'administration des médicaments, etc. ! C'est surtout sur cette dernière cause que nous voudrions insister, les autres pouvant être évitées dans la pratique privée et dans les services cliniques bien dirigés qui disposent d'un personnel suffisant.

(1) C'est aux concours de collaborateurs semblables que nous devons d'avoir pu suivre pendant des journées et des nuits entières les variations de la température d'un grand nombre de fébricitants. C'est à lui que nous devons une grande part des résultats que nous avons publiés depuis deux ans.

---

dont aucun ne fut capable de gouverner seul son immense empire, et qui ont été obligés de le partager, de même nous, pauvres lieutenants qui entrons dans la carrière, nous ne prendrons de l'héritage de Simplice que la part qui conviendra à nos épaules. Que de noms se sont déjà succédé dans ces *Causeries* : Simplissime, Agnote (transmuté en Nemo), Caradec, sans compter ceux qui viendront.

La succession est ouverte, et les compétiteurs sont priés de se présenter : la place restera au plus digne. Espérons que l'UNION n'attendra pas, pour trouver à Simplice un successeur digne d'elle et de lui, aussi longtemps qu'Alexandre et son empire, car l'existence de son feuilleton serait fortement compromise.

Nous avons encore un autre sujet de consolation, c'est la pensée que si on ne naît pas écrivain, on peut le devenir. Causeur, c'est autre chose; de même qu'on naît poëte, je crois qu'on doit naître causeur; mais de même qu'on devient orateur, je crois qu'on peut devenir écrivain; mille exemples sont là que je pourrais citer à l'appui. Y a-t-il une recette pour cela? J'en connais bien une, chers lecteurs, mais comme je ne veux pas faire de vous tous des écrivains, car, à mon avis, il y en a déja beaucoup trop, je la garderai pour moi. Aussi bien, je ne sais pas si ce qui est bon pour moi serait bon pour tout le monde; c'est affaire de constitution, comme vous savez. Pourquoi d'ailleurs chercher à imiter Simplice et pâlir à la tâche? N'y a-t-il pas d'autres manières de feuilletonner? Si toutefois vous voulez tenter la chance, inspirez-vous de ses écrits, c'est ce que vous pourrez faire de mieux.

***

Je vous disais que je pourrais vous citer mille exemples de personnes qui, nées pour être tout autre chose qu'écrivain, avaient manié la plume aussi bien que qui que ce soit.

Il ne faut pas avoir une grande expérience de la sensibilité des fébricitants pour savoir que toutes les impressions se traduisent chez eux par des modifications thermiques. A ce point de vue rien n'est indifférent : une porte ouverte, un voisin agité, une visite qui manque ou qui vient, un petit écart de régime, un changement de linge ou de lit, une évacuation, etc., tout agit, tout importe ; aussi les malades doivent-ils vivre autant que possible dans la paix et les occasions d'impressions nouvelles doivent-elles être écartées. Dans la pratique hospitalière on ne peut tenir aucun compte de ces mille nuances, si importantes cependant ; il n'en est qu'une dont l'action nous frappe parce qu'elle se reproduit régulièrement deux fois la semaine : c'est celle des visites ; qu'elles manquent ou qu'elles viennent, on est toujours sûr qu'elles seront marquées par une ascension, souvent considérable. Il y a eu écart de régime, diront quelques-uns préoccupés surtout des petites friandises que les visiteurs apportent aux malades ; écart d'impressions, disons-nous, car l'expérience nous a appris qu'ils sont plus fréquents et aussi à redouter que les petits excès alimentaires que peuvent se permettre des malades sans appétit et sans désirs.

A côté de ces modifications dues aux accidents de la vie doivent se placer celles que provoquent les diverses médications auxquelles les malades sont soumis. On recherche cette action le plus souvent sur l'ensemble de la courbe ; mais avant nous on ne s'était pas demandé si cette action n'était pas immédiate et ne pouvait même pas s'effacer dans l'intervalle de deux visites. Pendant plusieurs années, nous avons été nous-même victime de cette cause d'erreur et avons laborieusement construit des courbes qui aujourd'hui sont sans valeur. Nous pourrions citer de récents et consciencieux travaux dont les conclusions sont infirmées par la connaissance de ce fait, que les médicaments employés ont une action immédiate sur la température. Nous ne citerons comme exemple que le remarquable mémoire de M. Hallopeau sur le *traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine*. Ce travail, qui repose sur de nombreuses observations et contient une vingtaine de courbes, nous rappelle nos premières recherches sur l'emploi de l'acide phénique : les courbes sont tout à fait semblables, et on substituerait les nôtres aux siennes que M. Hallopeau lui-même ne pourrait les reconnaître. C'est que, dans les deux cas, l'évolution naturelle de la température a été troublée d'une manière irrégulière qu'on ne peut traduire en loi. Tel jour, en effet, nous constations le soir, au moment où le thermomètre aurait dû marquer

---

M. Crevaux, par exemple, dont nous déplorons encore la perte, était né voyageur ; pour voyager tout à son aise, il se fait médecin de marine ; mais cela ne lui suffit pas : la mer, tout le monde la connaît. Il veut découvrir des fleuves, et la manière dont il raconte ses pérégrinations nous révèle en lui un écrivain.

Je viens en effet de lire le récit du troisième voyage du docteur Crevaux dans l'Amérique équatoriale, récit publié dans le numéro des *Archives de médecine navale* de janvierd ernier. Il raconte ce qu'il a vu, sans prétention, et cette navigation sur un grand fleuve inconnu ne paraît pas l'avoir plus ému que le voyage de Xavier de Maistre autour de sa chambre. Les périls étaient pourtant plus grands, car il s'agissait de descendre sur un radeau une rivière entrecoupée à chaque instant de rapides et de cataractes, dont le passage a mis plus d'une fois en danger la vie de l'équipage et de son capitaine.

Le départ fut lui-même marqué par un accident, plus comique heureusement que tragique. Permettez-moi de vous donner à ce propos un échantillon du style de M. Crevaux :

« Le 25 novembre, à midi, les bagages sont chargés sur le radeau. Nous arrivons au moment solennel du voyage, nos cœurs palpitent avant de nous lancer sur ces eaux qui vont nous entraîner à travers le continent américain. C'est le moment de vider une bouteille de Champagne que nous avons transportée jusque dans ces régions lointaines. Nous nous proposons de boire à la santé du patron de notre voyage, M. de Lesseps. « Don Fernando », comme on l'appelle là-bas, est connu dans les chaumières les plus reculées ; son nom, qui est vénéré à l'égal de celui du grand citoyen Bolivar, le libérateur des colonies espagnoles, nous a fait ouvrir toutes les portes de la Colombie. Si nous avons le bonheur de réussir dans notre exploration, nous dédierons nos découvertes à notre illustre compatriote. Les Colombiens, qui voient l'avenir de

une ascension, un abaissement très net qui nous semblait indiquer un amendement, tandis que le lendemain, au lieu d'un abaissement, nous notions une élévation. Cela se reproduisait ainsi pendant tout le cours de la maladie sans qu'il nous fût possible d'assujettir ces variations à une loi. Aujourd'hui, ces faits obscurs sont devenus très clairs pour nous, car nous savons que, si le thermomètre est appliqué une heure et demie ou deux heures après l'administration du médicament, il indiquera un abaissement, tandis que s'il est appliqué trois ou quatre heures après, il marquera une élévation. Quand donc on voit figurer sur des courbes des chutes inexpliquées, il faut toujours s'enquérir de ce qui a précédé et particulièrement rechercher si on n'a pas administré un médicament dont l'action est défervescente. Nous insistons beaucoup sur ce fait parce qu'il a, à nos yeux, une grande importance et donne l'explication des résultats contradictoires que certains observateurs ont publiés. Ainsi, nous savons qu'à l'heure actuelle se font, non loin de nous, des recherches sur le salicylate de soude dans la fièvre typhoïde, et que la température est seulement notée le matin et le soir. Nous ne sommes pas surpris que les résultats obtenus soient contraires à l'action antipyrétique. Que l'on change de méthode et qu'on suive, seulement pendant trois heures, ce qui se passera chez un typhique auquel on aura donné deux ou trois grammes de salicylate, et les résultats seront différents. C'est que, ainsi que nous allons le montrer dans le chapitre suivant, le salicylate de soude n'a d'action sur la fièvre que pendant les heures qui suivent son administration.

II

Le salicylate de soude est, comme l'acide phénique, un médicament antipyrétique dont l'action est sûre, prompte et courte.

Les premiers observateurs qui constatèrent les propriétés antiseptiques de l'acide salicylique eurent l'idée d'utiliser son action contre les fièvres infectieuses. Ils l'employèrent d'abord contre l'infection purulente, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, et, plus tard, contre les fibri-phlegmasies.

Les conclusions auxquelles ils arrivèrent sont contradictoires; nous allons les résumer d'après les travaux que nous avons pu consulter, surtout d'après le mémoire de G. Sée.

Buss (de Saint-Gall), John, Nathan, affirment avoir toujours noté après l'administration de l'acide salicylique un abaissement de température très évident.

---

leur pays dans le percement de l'isthme de Panama, seront enchantés d'avoir une rivière qui portera le nom de leur bienfaiteur.

« Avant la célébration du baptême, je voulus achever un tour d'horizon à la boussole. Distrait par la lecture des divisions de l'instrument, je donnai un coup de pied dans la bouteille et le vin mousseux fit effervescence en arrosant les cailloux du Rio Lesseps. »

Jamais un navigateur de l'antiquité n'aurait osé s'embarquer après un tel présage; et il n'eût pas eu tout à fait tort; car, à peine partis, les explorateurs entrent dans un rapide et, vingt minutes après leur départ, la malheureuse pirogue qu'ils avaient mis trois jours à construire était complètement démolie. Il fallut en refaire une autre.

Plus loin, ce sont les moustiques, les caïmans, la fièvre, qu'il faut combattre, les grosses pierres contre lesquelles le radeau se heurte quand la rivière est peu profonde, qu'on évite tant bien que mal. Un jour, ils donnent contre un gros bambou, couché horizontalement, presque à fleur d'eau; l'embarcation passe dessous, un des voyageurs saute par-dessus, mais M. Crevaux, occupé à relever le cours de la rivière, n'a pas le temps de se ranger; le bambou le renverse sur le dos et lui lamine en quelque sorte le ventre, la poitrine, le menton, le nez. Un troisième compagnon fut jeté à l'eau. M. Crevaux aurait perdu connaissance sans un saignement de nez qui le ranima.

Ces hardis pionniers mettent ainsi cinquante et un jours à descendre une rivière qui ne mesure pas plus de 425 lieues; il était temps qu'ils arrivassent, car leur radeau, tenant à justifier son nom, enfonçait au ras de l'eau tellement son bois était imbibé. Les voilà donc sauvés des flots, mais aux prises avec les naturels, dont ils ont la plus grande peine à vaincre la sauvagerie; toutefois, en donnant quelques menus objets aux femmes et un peu d'alcool aux hommes, ils sont d'abord considérés comme de grands seigneurs. Mais la superstition est la plus

« Mierd déclare avoir constaté, dans l'espace d'une ou deux heures après l'ingestion de l'acide salicylique, un abaissement de 2, 3 et même 6 degrés centigrades Golddammer, Boelh, Brand et surtout Butt abondent dans le même sens (1) ».

Par contre Wolfberg, à la clinique de Ziemssen, à Munich, n'a le plus souvent obtenu que des abaissements de température passagers, insignifiants ou nuls. Zimmermann (de Grefswald) et Martelli, sont arrivés aux mêmes résultats.

En France, Gueneau de Mussy, Oulmont, Hérard, Jaccoud, Hallopeau, admettent l'action défervescente de l'acide salicylique, mais G. Sée la nie. « La conclusion de toutes mes recherches expérimentales et cliniques, dit-il, est entièrement défavorable à cette médication; l'acide salicylique ne saurait être considéré comme un antipyrétique.

« Cette donnée, ajoute-t-il, s'applique aussi bien aux phlegmasies fébriles, aux fièvres symptomatiques qu'aux pyrexies spécifiques. Il n'y a pas un seul fait qui prouve en faveur de l'acide salicylique dans le traitement de la pneumonie, de l'érysipèle, ni d'aucune inflammation fébrile, ni de la tuberculose. Il n'y a qu'un seul genre de phlegmasie qui échappe à cette loi, c'est le rhumatisme aigu, fébrile. »

Nos conclusions sont absolument contraires à celle de G. Sée, aussi regrettons nous que cet observateur se soit borné à donner ses résultats sans citer un fait, ni indiquer la méthode d'observation qu'il à employée. Nous aurions été heureux de connaître ses expériences et de les reproduire avant de les contester.

Depuis 1877, nous avons eu bien des fois l'occasion de couper les fièvres rhumatismales par le salicylate de soude, dont l'action est absolument la même que celle de l'acide salicylique, mais ce n'est que depuis un an environ que nous avons utilisé l'action antipyrétique de cet agent dans d'autres fièvres. Les expériences furent d'abord faites dans notre service par notre interne, M. Rome, avec l'acide salicylique, depuis elles ont été reproduites par nous avec le salicylate de soude. Nous ne donnerons que les derniers résultats, M. Rome se réservant de publier les siens dans un travail spécial. Les conclusions de M. Rome et les nôtres sont, du reste, identiques.

Nous avons procédé pour le salicylate comme nous avions procédé pour l'acide phénique. Prenant successivement divers types de fièvre, nous avons administré,

(1) Mémoire de G. Sée.

---

forte. « Un jour je trouve, dit M. Crevaux, les Indiens occupés à faire rôtir un serpent boa qu'ils s'apprêtent à dévorer. Je suis d'abord bien accueilli; mais, m'étant mis à éternuer, je vis le cercle qui m'entourait s'élargir subitement. Les gens timorés s'écartèrent au loin et les plus braves se bouchèrent le nez avec le pouce et l'index. J'ai su, depuis, que ces Indiens, qui sont décimés par des maladies de poitrine, accusent les blancs de leur en donner les germes. On cite des trafiquants qui ont été abandonnés par leur équipage pour avoir eu le malheur de tousser ou d'éternuer. »

On dit que les grandes découvertes sont dues au hasard. Celle de la plante d'où l'on tire le curare a une autre origine. La galanterie française, d'une part, et, de l'autre, la coquetterie féminine, qui se retrouve chez les peuplades les plus sauvages, en ont été les causes. « La découverte de ce mystère, raconte notre voyageur, ne m'a coûté qu'un collier rouge qui séduisit une jeune Indienne. Je lui dis : « Montre-moi la liane qui sert à faire ton curare, je te donnerai mon beau collier. » Elle me précède dans le bois et bientôt me montre une liane, en disant : « Voilà le vrai curare des Piaroas. »

La feuille et la tige de cette plante, examinées par M. le professeur G. Planchon, lui ont fait reconnaître le *Strychnos toxifera.*

Enfin les voyageurs quittent la barbarie pour rentrer dans la civilisation; mais c'est pour aller visiter les Indiens Guaraounos, habitants d'un pays marécageux tellement insalubre que M. Crevaux tombe gravement malade, ainsi que le capitaine de l'expédition qui ne tarde pas à succomber. La pensée qui console notre confrère dans sa maladie est digne de l'antique : « Pour la deuxième fois, dit-il, j'ai eu le bonheur extrême de n'être malade que lorsque ma mission était complètement remplie. » La fortune qui l'accompagnait dans ses premiers voyages était-elle donc lasse de le suivre, pour l'abandonner cette fois avant la fin?

en une fois, 2, 3 ou 4 grammes de salicylate et nous avons inscrit les résultats. Nous nous bornons a en reproduire quelques-uns pour donner plus d'autorité à nos affirmations. En regard, nous mettons les résultats obtenus avec l'acide phénique.

Fièvre typhoïde.

Saint-Honoré, n° 3. Homme de 31 ans, malade depuis trois semaines. Traité jusque-là par l'acide phénique, qui avait produit les effets habituels. Le 10 décembre, il refusa de prendre sa limonade phéniquée.

Le 11 on lui donne, pour la première fois, du salicylate.

A 2 h. 40. T. 40°4. P. 108. — 3 h. On donne 2 gr. de salicylate en poudre. — 3 h. 20. Moiteur de la face. — 3 h. 50. T. 40°. P. 108. Sueurs abondantes. — 4 h. 10. T. 39°8. — 4 h. 35. T. 39°6. P. 108. — 5 h. 30. T. 39°6. P. 108. Les sueurs ont cessé.

Ces jours-là on ne peut suivre l'ascension.

Le 12 décembre. A 8 h. 30. T. 39°3. — 9 h. 30. T. 39°6. P. 108. La température monte. *On donne* 3 *gr.* — 10 h. Sueurs abondantes. — 10 h. 30. T. 38°8, id. — 11 h. T. 38°6, d. — 11 h. 20. T. 38°2. P. 90, id. — 12 h. T. 37°5. P. 90.

En deux heures, la température a baissé de plus de deux degrés, comme si on eût administré de l'acide phénique. Nous allons la voir remonter de la même manière.

1 h. 45. T. 38°8. P. 108. Le malade dit avoir éprouvé une sensation de froid, sans claquements de dents ni frissons. — 2 h. 25. T. 39°2. P. 114. — 3 h. T. 39°4. — 3 h. 50. T. 40°2. P. 120. — 5 h. T. 40°2.

13 décembre. A 2 h. 45. T. 40°2. P. 120. — 3 h. 2 gr. de salicylate. — 3 h. 30. T. 40°5. Pas de sueurs. — 4 h. 50. T. 39°6. Sueurs abondantes.

16 décembre. A 9 h. T. 39°5. 3 gr. de salicylate. — 10 h. T. 38°9. Sueurs abondantes. — 10 h. 10. T. 38°6, id. — 10 h. 30. T. 38°3, id. — 11 h. 20. T. 37°6, id.

A 4 heures, le thermomètre marque 40°.

Cette première observation montre : que l'abaissement est obtenu quel que soit le moment de l'administration et proportionnellement à la dose administrée, qu'il s'accompagne d'hyperémie cutanée et de sueurs, et qu'il est bientôt suivi d'une nouvelle ascension qui donne lieu à une sensation de froid.

C'est l'exacte reproduction des phénomènes notés après l'administration de l'acide phénique

(*La suite dans un prochain numéro.*)

***

Un des vétérans du journalisme et du feuilletonnisme médical, M. le docteur Diday (de Lyon), vient d'écrire sur l'étiologie, la topographie et la thérapeutique de l'alphonsisme, une de ces études de mœurs si fort à la mode aujourd'hui, et avec le style spirituel dont lui aussi, comme Simplice, a conservé le secret. Résumons-la de notre mieux.

L'étiologie est très simple : Bien vivre en faisant travailler la femme : D'Alphonsine est né Alphonse (???). — La topographie : « Là où pousse un pain naît un homme », a dit un grand économiste. C'est donc où sont les Alphonsines qu'il faut chercher les Alphonses. Mais, comme le *Lyon médical* ne donne pas d'adresse, il renvoie à la quatrième page des journaux où on lit, par exemple, l'annonce suivante : « A vendre : Bonne brasserie, dans un quartier central, avec six chambres rapportant trois ou quatre francs par jour. Facilités pour le paiement. » Que diable se brasse-t-il dans cette brasserie? se demande notre éminent confrère. Pourquoi les six chambres font-elles partie intégrante de l'exploitation d'un débit de boisson? Comment rapportent-elles un bénéfice aussi exorbitant? Est-ce réellement par *jour* qu'elles le rapportent? Les facilités offertes ne concernent-elles que le paiement? Vous le savez aussi bien que vos lecteurs, très honoré confrère, et la preuve c'est que vous indiquez le remède à apporter à ce mal. Vous en indiquez même deux.

« D'abord, dites-vous, me préoccupant plus d'une France intellectuellement que militairement prépondérante, je dépeuplerais volontiers ces brasseries pour ne pas dépeupler les écoles. Rétablissant dans une juste mesure l'ancien usage du *remplacement*, je me garderais d'envoyer trois ans nos bacheliers dans un milieu qui les dégrade, sous une discipline qui les abrutit, mener une vie abêtissante sinon alphonsifiante. Et je m'empresserais d'y expédier

HYGIÈNE PUBLIQUE

NOTE SUR LA VITALITÉ DES TRICHINES.

(Communication à la Société de biologie, séance du 1er juillet 1882.)

M. Paul GIBIER communique au nom de M. le professeur Bouley et en son nom, les résultats d'expériences entreprises en commun pour rechercher les effets du froid sur la vitalité des trichines contenues dans les viandes d'Amérique.

La vitalité des trichines existant dans les jambons fut constatée avant la réfrigération par les moyens suivants :

1° Au moyen de la chaleur, en chauffant doucement la platine du microscope, on voyait l'animal se mouvoir spontanément quand la température atteignait + 40°;

2° En colorant les préparations par le bleu d'aniline, le violet de méthylaniline ou le picro-carminate d'ammoniaque, les trichines restaient transparentes et ne se coloraient qu'après plusieurs jours. Mais si on chauffait fortement la lame porte-objet, la trichine, après s'être agitée éprouvait un mouvement brusque, puis restait immobile et se colorait rapidement ;

3° Cinq jeunes oiseaux furent alimentés pendant huit jours avec cette viande préalablement dessalée. Dans les excréments et dans les intestins de ces oiseaux on trouvait un grande quantité de trichines vivantes.

La réfrigération fut portée à — 20° dans un jambon et à — 15° dans un autre. Dans le premier cas, la viande était restée exposée pendant quatre heures à un froid sec de — 27°, et dans le second cas à un froid de — 20° pendant six heures. La température était indiquée par un thermomètre à alcool introduit au centre du jambon.

Le froid était obtenu au moyen d'un appareil Carré, analogue à celui que MM. Mignon et Rouart viennent d'installer à la Morgue, et qui produit un froid de — 20° et — 25° dans une étendue de 20 mètres cubes environ.

L'examen des viandes congelées a démontré que toutes les trichines qu'elles renferment sont mortes. Les procédés mis en usage pour cette constatation ont été les mêmes que les précédents et les résultats de l'examen sont les suivants :

1° Sous l'influence d'une chaleur douce les trichines ne présentent aucun mouvement. Quand on chauffe davantage, les trichines éprouvent les mêmes mouvements passifs que les fibres musculaires;

2° Soumises à l'action des colorants, cités plus haut, les trichines se colorent en quelques minutes et d'une façon très intense;

3° Cinq jeunes oiseaux de la même famille et du même âge que les précédents ont été nourris pendant un temps égal avec la même viande, mais congelée. Dans les excréments, pas

---

nos Alphonses, dans ce même milieu où ils se sentent rehaussés, eux, sous cette même discipline seule capable de les mâter, mener cette même vie qui pour eux est le relèvement psychique, moral et physique. Jusqu'où ira ce relèvement? N'espérons pas outre mesure. Mais ne désespérons pas trop non plus. Et ne désespérons, sous aucun rapport, car après tout, quoi qu'il arrive, mieux vaut encore, n'est-ce pas, mourir pour la patrie que de la vérole! »

J'ai cité textuellement votre proposition, vénéré maître, parce qu'elle est inédite, mais je ne la discuterai pas, parce que je la crois une utopie. Vous ne croyez pas vous-même beaucoup à sa réalisation, car vous émettez aussitôt une seconde proposition que vous pensez être d'un secours plus immédiat. Celle-là est, en effet, plus pratique, car il s'agit de la mise à exécution stricte de la loi sur la prostitution, qui du même coup amènera la fermeture forcée des *brasseries*.

M. Diday espère arriver à ce but par des voies un peu détournées, mais qui peuvent être bonnes. Il part de ce principe que la fille de brasserie est une prostituée qui reçoit d'une main ce qu'elle donne de l'autre à son Alphonse. Or, elle ne reçoit le plus souvent, c'est M. Diday qui nous l'apprend, que du *client de brasserie*, auquel elle fait croire *qu'elle l'aime pour lui-même*. Eh bien, pour couper les vivres à Alphonse, que la police daigne intervenir, qu'elle suive Alphonsine ou Marton, qui donne, comme on sait, volontiers son adresse, qu'elle la prenne *incandescente delicto* et qu'elle lui impose l'inscription, et vous verrez. A Paris, comme à Lyon, le résultat n'est pas douteux. Dès que le *monsieur qui paie* saura que toutes les Alphonsines fréquentent assidûment le dispensaire de la préfecture, sauf celles qui ont été jugées bonnes au plus pour Saint-Lazare, peut-être se décidera-t-il à aller prendre sa consommation là où elle est officiellement garantie. En tout cas, il saura qu'on ne l'aime pas pour lui-même et il est probable qu'il ne paiera plus.

plus que dans les intestins de ces oiseaux, l'examen microscopique le plus minutieux ne put démontrer la présence d'une seule trichine. Le froid les avait tuées et la digestion les avait fait disparaître comme les matières organiques dénuées de vie.

Enfin il semble que la température de 0° soit déjà très nuisible, sinon fatale, pour la trichine. En effet, des fragments de muscle infectés de ces nématoïdes furent scellés entre deux lames de verre et placés dans de la glace fondante pendant six heures. Au bout de ce temps, on attendit encore quelques heures avant de colorer les préparations au bleu d'aniline. Les trichines étaient colorées au bout de deux heures et demie et ne présentaient aucun mouvement sous l'excitation de la chaleur.

Depuis plusieurs semaines la viande congelée n'a pas changé d'aspect et ne peut être distinguée de celle qui n'a pas subi l'action du froid. Cet agent ne paraît pas détruire les effets du sel et de la *fumure*.

Il est de toute justice de dire, avant de terminer cette communication, que MM. Livon, Bouisson et Caillol de Poncy, professeurs à l'École de médecine de Marseille, ont constaté antérieurement les mêmes effets du froid sur la trichine.

Il paraît donc démontré que la science possède dans le froid un agent puissant d'assainissement qui paraît appelé à rendre service à l'hygiène publique.

BIBLIOTHÈQUE

De la Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par H. de Launay; Paris, 1882.

La thèse inaugurale de M. de Launay nous donne une étude complète et intéressante d'un procédé de laryngotomie qui n'est pas nouveau, mais qui a été remis en honneur dans ces derniers temps, et qui mérite d'être préféré, dans un grand nombre de cas, à la trachéotomie.

Dans un premier chapitre, l'auteur étudie l'historique de la question, depuis Vicq-d'Azyr jusqu'à M. Krishaber, qui a le premier pratiqué cette opération après le long oubli dans lequel les chirurgiens l'avaient laissée (Soc. de chir., 1878, rapport de Nicaise).

Dans le second chapitre sont consignées les recherches anatomiques qui justifient l'opération, en montrant d'abord qu'elle est possible (chez l'adulte), ensuite qu'elle est facile. Déjà Decès, dans un travail peu connu (*Sur un nouveau procédé de trachéotomie, ou de la trachéotomie sous-cricoïdienne*, Union Méd., 1853), avait montré combien Trousseau exagérait en disant que « la trachéotomie est une opération simple, facile et sans danger, que tout médecin, même étranger aux manœuvres de la chirurgie, peut entreprendre sans hésitation et pratiquer

---

« Or, dit encore M. Diday, les Alphonsines parquées que deviendront les Alphonses? Certes, ce n'est point aux abords de la coupole où se décernent les prix Montyon que j'espère désormais les rencontrer. Mais que, n'ayant plus d'*ouvrage* dans les quartiers décents, ils portent ailleurs leur industrie; qu'ils se rappellent et surtout qu'ils observent la distance qui sépare un lieu public d'une maison publique. Voilà, pour le moment, tout ce qu'on peut obtenir, tout ce que ma proposition se flatte de réaliser pour l'assainissement de nos grandes cités... et de leurs habitants. »

Amen! Simplissime.

Faculté de médecine de Paris. — Les candidats aux différents concours du clinicat sont au nombre de 27; les membres du jury sont également désignés. Ce sont :

Clinicat médical. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter et Cornil; 2° Candidats : MM. Brault, Brissaud, Comby, Decaisne, Faisans, Gaucher, Juhel-Rénoz et Leroux.

Clinicat chirurgical. — 1° Jury : MM. Richet, Gosselin, Le Fort, Duplay et Guyon; 2° Candidats : MM. Bazy, Desnos, Jullien, Petit (Charles), Pengrueber et Segond.

Clinicat obstétrical. — 1° Jury : MM. Pajot, Depaul, Verneuil, Trélat et Le Fort; 2° Candidats : MM. Bar, Champetier de Ribes, Doléris, Loriot, Maygrier et Stapfer.

Clinicat des maladies des enfants. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter, Cornil et Parrot; 2° Candidats : MM. Leroux et Variot.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter, Cornil et Fournier; 2° Candidat : M. Leloir.

Clinicat des maladies mentales. — 1° Jury : MM. Ball, Bouchard, Brouardel, Lasègue et Jaccoud; 2° Candidats : MM. Boyé, Millet, Rueff et Vallon.

Les concours du clinicat médical et du clinicat chirurgical ont commencé le lundi 10 juillet 1882, à trois heures du soir.

sans crainte »; combien, au contraire, il est pénible d'aller chercher la trachée profondément, derrière un plexus veineux gorgé de sang; combien cette opération peut être à l'occasion dangereuse, impossible même dans certains cas de tumeurs cervicales; combien enfin il est plus simple et plus inoffensif d'attaquer la trachée, de parti pris, immédiatement au-dessous du cricoïde, dans un point où elle est superficielle, facile à découvrir sans léser de vaisseaux ni d'organes importants. C'était encore la trachéotomie, mais modifiée dans le sens où nous tendons aujourd'hui, et participant jusqu'à un certain point des avantages que nous reconnaissons à la section crico-thyroïdienne. A ce titre, le travail de Decès, qui n'est mentionné ni par Nicaise dans son rapport à la Société de chirurgie, ni par M. de Launay dans sa thèse, mérite de trouver place dans l'histoire de la laryngotomie dont il est ici question.

Le manuel opératoire exposé par M. de Launay nous paraît sujet à caution sur un point secondaire. « Il convient, dit l'auteur, de sectionner les parties situées au devant de la membrane crico-thyroïdienne au moyen du thermo-cautère. » Pourquoi, puisque l'auteur a eu bien soin de nous démontrer qu'il n'y a rien, ni vaisseaux ni organes, à blesser dans cette région? Nous comprenons qu'on ait cherché, par la section thermique, à se défendre contre les hémorrhagies qui rendent si souvent dramatiques, et quelquefois mortelles, les trachéotomies pratiquées chez l'adulte. Mais ce danger, la laryngotomie inter crico-thyroïdienne le supprime d'une façon certaine. S'il est un cas où le thermo-cautère est inutile, c'est bien celui-ci. Nous avons déjà touché ce point en racontant l'histoire d'un malade chez qui nous avons pratiqué cette opération. (Union médicale, 1882, t. XXXIII, p. 894.)

L'auteur établit ensuite qu'il n'y a pas de complications spéciales à craindre, et que rien, dans les faits jusqu'ici connus, ne peut faire prévoir des dangers inattendus, soit du côté des cordes vocales, soit ailleurs. C'est ici l'observation et l'expérience qui se chargent de répondre à quelques chirurgiens peu disposés à accepter l'opération nouvelle.

Les indications et les contre-indications nous semblent étudiées d'une manière fort judicieuse. L'auteur met en lumière une opinion de tous points analogue à celle que nous avons formulée dans les conclusions faisant suite à l'observation qui nous est propre, à savoir que « la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne doit être pratiquée *de préférence*, chez l'adulte, chaque fois que l'ouverture des voies respiratoires a été jugée nécessaire. » En effet, il y a fort peu de contre-indications : l'enfance au-dessous de 12 à 13 ans, à cause des dimensions exiguës de l'espace crico-thyroïdien; la vieillesse, dans les cas rares où elle ossifie les cartilages et ankylose les articulations au point de rendre l'introduction de la canule impossible sans violence. Hors de là, cette opération est indiquée s'il y a urgence absolue à opérer vite, puisqu'elle est très facile et très rapide en comparaison de la trachéotomie; elle est indiquée si, par la présence d'une tumeur, d'un goître, par l'abondance de la graisse, par un gonflement inflammatoire, la trachéotomie est rendue très difficile, ou même impossible; enfin, puisqu'elle est plus facile, moins dangereuse, et d'ailleurs exempte de complications qui lui soient propres, elle est toujours indiquée et doit être choisie dans les cas où l'opérateur est libre de faire l'une ou l'autre opération. Tel est, croyons-nous, le jugement que l'avenir portera sur la laryngotomie inter-crico-thyroïenne, et qui s'appuie déjà sur un nombre assez imposant d'observations dues aux maîtres les plus autorisés. — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Dastre communique une note intitulée : *Recherches sur les lois de l'activité du cœur*.

« Le jeu du cœur est régi par deux lois que les physiologistes connaissent sous le nom de *loi de la variation périodique de l'excitabilité* (Marey), et de *loi de l'uniformité du travail ou du rhythme* (E. Cyon, Marey). Je me suis proposé de faire l'analyse expérimentale de ces propriétés : de savoir, le cœur étant un organe complexe musculaire et nerveux, à laquelle de ces deux parties l'une et l'autre propriété devaient être attribuées, d'en chercher l'explication et enfin d'en déduire les conditions ou causes du mouvement rhythmé. Je crois établir que la première est un attribut, une manière d'être du muscle; que la seconde est un attribut de l'appareil nerveux.

I. M. Marey a montré que, dans le cours d'une révolution, le cœur (tortue, grenouille) passait périodiquement par deux états : pendant la contraction, il est réfractaire aux excitations, qui, appliquées un peu plus tard, pendant le relâchement, provoquent un battement nouveau intercalé dans la série de ses battements rhythmiques. L'excitabilité varie périodiquement : très faible pendant que le cœur se contracte, elle croît régulièrement pendant tout le temps qu'il est relâché.

La propriété avait été reconnue pour le cœur entier (nerfs et muscles). Nous l'avons recherchée dans le muscle seul (pointe de ventricule). Cette pointe est naturellement inerte ; elle ne bat pas. Un artifice, l'emploi de courants d'induction fréquemment interrompus, la fait battre rhythmiquement. Lorsque les battements sont devenus réguliers, on surprend le muscle aux différentes périodes de sa révolution par une décharge supplémentaire. On a soin que cette décharge ne rompe pas le rhythme du courant excitateur ; pour cela, on supprime brusquement une résistance électrique intercalée dans le circuit inducteur. Si l'on a soin de remplir les conditions nécessaires pour que l'excitation surajoutée soit toujours identique à elle-même, on vérifie que le muscle cardiaque, comme le cœur entier, est réfractaire pendant la systole et excitable pendant la diastole. La loi d'inexcitabilité périodique est donc véritablement une loi musculaire. L'excitabilité du muscle cardiaque augmente régulièrement, depuis le début du relâchement jusqu'à la fin. Quant à la phase systolique, la variation d'excitabilité pendant sa durée est plus difficile à caractériser. Il nous a paru que, contrairement à ce qui a été dit à propos du cœur tout entier, l'excitabilité décroît d'une manière continue pendant la phase systolique. La courbe de l'excitabilité serait représentée par le graphique même de la contraction renversée.

La loi de la variation périodique d'excitabilité, appliquée au muscle, permet d'expliquer légitimement, ainsi que M. Marey l'avait fait par avance, deux des propriétés spéciales du muscle cardiaque, à savoir : 1° d'exécuter des mouvements discontinus pour une excitation continue (Heidenhain, Ranvier, Dastre et Morat) ; 2° de réagir à des excitations rhythmées en prenant un rhythme de mouvement différent (Eckhardt, Bowditch, Dastre et Morat).

Les travaux d'un grand nombre de physiologistes ont solidement établi l'idée que le mouvement rhythmé est une propriété adéquate du muscle cardiaque. Il restait à savoir quelles sont normalement les excitations continues ou intermittentes qui permettent au muscle cardiaque de traduire en fait son aptitude au mouvement rhythmique.

La plus remarquable de ces excitations est celle de la pression. M. Marey d'abord, puis J.-M. Ludwig et Luchsinger, M. Foster et Gaskell ont mis en évidence l'action excitatrice de la pression sur le muscle cardiaque. Une pression suffisante peut provoquer les mouvements du muscle cardiaque immobile. Cette même propriété appartient à d'autres muscles creux de la vie organique, tels que l'uretère. Une de nos expériences montre que les variations périodiques de la pression qui se produisent normalement dans le cours d'une révolution cardiaque sont précisément aptes à entretenir le rythme des contractions. On conjugue deux cœurs isolés : par exemple, un cœur de tortue intact et un cœur de grenouille préparé à la façon de Bernstein ; lorsque les tubes sont réunis, la pression engendrée par la contraction du premier se fait sentir périodiquement dans l'autre. La pointe du cœur de grenouille, tout à l'heure immobile, se met à battre avec le rythme du cœur de tortue, tandis que la base avec les oreillettes conserve son rythme propre.

Les propriétés du muscle et les alternatives de la pression suffisent donc à entretenir les battements du cœur.

A cet appareil musculaire essentiel au rythme s'en ajoute un second qui est accessoire, c'est le système nerveux intra-cardiaque, véritable système de perfectionnement, et enfin, au-dessus de cet appareil, et agissant de la même manière, un autre renforçant l'action du précédent, le système nerveux (modérateur et accélérateur) extra-cardiaque ou extrinsèque.

L'explication de la loi de la variation périodique d'excitabilité résulte des mêmes faits et d'une autre expérience qui consiste à établir la conjugaison croisée de deux cœurs, l'un normal, l'autre préparé à la façon de Bernstein. La pression, stimulant promoteur du rythme, n'a d'action que si elle s'exerce à l'intérieur : appliquée à l'extérieur, elle ne détermine pas la pointe immobile à entrer en action. Son efficacité paraît due, par conséquent, à ce qu'elle se comporterait comme un agent mécanique de distension. L'excitabilité du cœur s'accroît pendant la phase diastolique, parce que la distension active ou élastique produit par elle-même une stimulation. Cette stimulation, qui vient s'ajouter à celles qui sollicitent d'autre part le muscle cardiaque, à ce ce moment, fait paraître celles-ci plus efficaces.

II. *Loi de l'uniformité du rythme du cœur.* — M. Marey a observé que, lorsque l'on trouble le rythme normal du cœur (grenouille) en provoquant artificiellement une contraction nouvelle, *après chaque systole provoquée, il se produit un repos compensateur qui rétablit le rythme du cœur un instant altéré.*

Nous nous sommes proposé d'étudier quelques-unes des circonstances de ce phénomène et, en particulier, de savoir s'il manifeste une propriété du muscle ou une propriété de l'appareil nerveux cardiaque. Voici les faits :

1° Lorsque l'on opère sur le cœur entier, les excitations efficaces ou inefficaces, qu'elles produisent un travail additionnel ou non, peuvent être suivies d'une pause manifeste. Ce repos est un phénomène indépendant du travail musculaire ;

2° Lorsque, au contraire, l'on excite le muscle cardiaque seul, entretenu artificiellement en mouvement parfaitement régulier, ces excitations, efficaces ou non, ne sont point suivies de repos.

Le repos compensateur est donc le fait de l'appareil nerveux intra cardiaque. Celui-ci, outre sa fonction d'auxiliaire du système musculaire, présiderait à la régulation du travail du cœur. »

M. Pasteur dépose sur le bureau, au nom de M. Henninger, une note sur la présence d'un glycol dans le vin.

Parmi les nombreux produits accessoires de la fermentation alcoolique, le plus important est la glycérine, découverte par M. Pasteur dans les vins. Elle ne manque dans aucun liquide fermenté; et sa présence ne doit pas être négligée lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur nutritive d'un tel liquide. Jusqu'à un certain point, elle peut, en effet, remplacer dans l'alimentation les féculents et les matières grasses. De là ses applications thérapeutiques récentes.

Entre cette glycérine, alcool trivalent, et l'alcool ordinaire et ses homologues, tous univalents, viennent se placer les glycols qui n'ont pas encore été signalés dans la fermentation vineuse. Or la production d'un tel composé, dit l'auteur, m'a paru probable et j'attribuais à la difficulté de la recherche des glycols, l'absence de renseignement à ce sujet. On sait, en effet, qu'il est très difficile d'isoler les glycols contenus en petite quantité dans un liquide aqueux; la distillation fractionnée est le seul moyen pratique que l'on puisse employer, mais les vapeurs aqueuses entraînent une notable proportion de ces corps. En perfectionnant le mode opératoire, M. Henninger a trouvé que 50 litres du vin étudié renfermaient 6 grammes environ du composé glycolique. Le glycol, trouvé par l'auteur, est un liquide incolore, un peu visqueux, bouillant à 178° et possédant une odeur empyreumatique très particulière.

M. Vulpian communique, au nom de M. A. Charpentier, une note sur la durée de la perception lumineuse dans la vision directe et dans la vision indirecte.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT du 24 au 29 juillet 1882.

Lundi 24. — M. Wakefield : Recherches sur la nature et la propagation du choléra asiatique. (Président, M. Charcot.)

— M. Loubaud : Étude sur les lésions du système veineux dans un cas de rétrécissement de l'orifice pulmonaire. (Président, M. Verneuil.)

— M. Gougaud : Des fièvres intermittentes à rhythmes prolongés. (Président, M. Potain.)

— M. Jillié : Traitement des fractures du fémur par l'extension continue au moyen des appareils à bandelettes agglomératives. (Président, M. Guyon.)

— M. Gergaud : Des cystalgies et de leur traitement chirurgical. (Président, M. Guyon.)

Mardi 25. — M. Legoupils : Coïncidence et rapports de la tuberculose et du cancer. (Président, M. Cornil.)

— M. Rabjeaud : Étude sur la méningite aiguë des buveurs et en particulier sur la méningite dans le delirium tremens. (Président, M. Brouardel.)

— M. Galy-Briulat : Le bouton d'Alep. (Président, M. Cornil.)

M. Valissant : Contribution à l'étude de la néphrite *a frigore*. (Président, M. Ball.)

M. Saucet : Contribution à l'étude de la pleurésie. (Président, M. Ball.)

M. Gentil : Étude sur le traitement des périodontomes récents. (Président, M. Panas.)

— M. Redié-Talbère : Contribution à l'étude de la périostite externe. (Président, M. Richet.)

— M. Mazeille : Des fractures de côtes par action musculaire. (Président, M. Richet.)

— M. Ausset : Du traitement de la cataracte molle par la méthode de l'aspiration. (Président, M. Richet.)

— M. Philipes : Contribution médicale de la vallée du Lot dans le département de Lot-et Garonne, et maladies professionnelles de ce pays. (Président, M. Laboulbène.)

— M. Farges : De la délivrance naturelle et de quelques accidents qui peuvent la compliquer. (Président, M. Laboulbène.)

— M. Pruvot : Contribution à l'étude de larves de diptères trouvés dans le corps humain. (Président : M. Laboulbène.)

Mercredi 26. — Pas de thèses.

Jeudi 27. — M. Drochon : Contagion de la phthisie dans le mariage. (Président, M. Hardy.)

— M. Belliard : Des manifestations cérébrales de la goutte. (Président, M. Laboulbène.)

— M. Servage : Contribution à l'étude du traitement de la diphtérie. (Président M. G. Sée.)

Vendredi 28 et samedi 29, pas de thèses.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

LÉGION D'HONNEUR. — Par Décret en date du 11 juillet, sur le rapport du ministre de l'intérieur, sont promus au grade d'officier de l'ordre national de la Légion d'honneur :

MM. le docteur Cazelles (Emile-Honoré), ancien interne des hôpitaux de Paris, préfet du département de Meurthe-et-Moselle, précédemment directeur de l'Administration, plénipotentiaire, puis directeur de la sûreté générale et du cabinet du ministre de l'intérieur, ancien préfet de la Creuse et de l'Hérault; 5 ans de services administratifs. Chevalier du 12 juillet 1880. Titres exceptionnels. — Le docteur Bernutz (Gustave-Louis-Richard), médecin de l'hôpital de la Charité, à Paris; 31 ans de services comme médecin des hôpitaux, auteur de plusieurs ouvrages scientifiques. Chevalier depuis plus de douze ans.

Sont nommés chevaliers : MM. le docteur Dagonet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Anne, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Stephanfeld; 30 ans de services. — Le docteur Piettre (Léon-Marie), maire de Saint-Maur-les-Fossés (Seine), en fonctions depuis 1876, élu au Conseil municipal en 1870, médecin du Bureau de bienfaisance depuis 1871, médecin de l'état civil et délégué cantonal, ancien aide-major de la garde nationale; services exceptionnels rendus, pendant le siège de Paris, comme chirurgien à l'hôpital du Val-de-Grâce et à l'ambulance de Richard-Wallace. — Le docteur d'Heilly (Eugène-Théophile), médecin de l'hôpital Saint-Antoine: externe de 1858 à 1860, interne de 1860 à 1863, médecin du Bureau central le 1er juillet 1874, de l'hôpital Tenon le 1er janvier 1878 et de l'hôpital Saint-Antoine depuis le 1er janv. 1880. — Damoiseau (Adolphe-Etienne), directeur de l'établissement de nourricerie médicale du boulevard de Clichy, à Paris; n'a cessé de rendre, depuis 1828, d'inappréciables services aux enfants parisiens du premier âge soumis à l'allaitement artificiel, a fait pour eux l'abandon gratuit d'une de ses vacheries pendant toute la durée du siège. Titres exceptionnels. — Le docteur Rousseau (Louis-Auguste-Napoléon), membre du Conseil général et président de la Commission départementale de l'Aisne, maire d'Hirson; 42 ans de services gratuits. S'est constamment dévoué, comme médecin, au soulagement de toutes les misères. — Le docteur Vaullegeard (Ferdinand-Nicolas-Auguste), président du Conseil d'arrondissement de Vire (Calvados), ancien chirurgien militaire, conseiller municipal de Condé-sur-Noireau depuis 1833 et médecin de l'hôpital de cette ville depuis quarante ans, premier suppléant de la justice de paix depuis trente-deux ans, membre et président du Conseil d'arrondissement de Vire depuis 1871; plus de 60 ans de services. — Le docteur Teyssier (Jean-Baptiste-Léon), membre du Conseil général de la Corrèze, en exercice depuis 1871, ancien maire du Bort, président de la Société de secours mutuels de cette ville et de plusieurs commissions administratives; 11 ans de services. Titres exceptionnels. — Le docteur Tartas (Guillaume-Marcelin), vice-président du Conseil général des Landes, maire de Rion, conseiller municipal de Rion depuis 1834, maire depuis 1838, élu au Conseil général en 1871, vice-président de cette assemblée depuis 1870, délégué cantonal; 48 ans de services. — Le docteur Boyer, ancien président du conseil d'arrondissement de Montargis, maire de Lorris (Loiret), conseiller d'arrondissement depuis plus de trente ans, président de l'Association des médecins du Loiret, médecin de l'hospice de Lorris depuis 1832; 50 ans de services. Belle conduite à l'époque de la guerre et durant l'occupation. — Le docteur Doyen (Octave), maire de Reims (Marne), conseiller municipal depuis 1878, ancien adjoint, maire depuis janvier 1881, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Reims, médecin à l'Hôtel-Dieu depuis 1864; 22 ans de services multiples. S'occupe avec un rare dévouement de l'Ecole professionnelle et ménagère fondée à Reims par Mme Doyen et qu'il a dotée d'une subvention considérable.

— Par décret en date du 17 juillet 1882, M. le docteur Dumoulin, inspecteur des eaux minérales de Salins, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

DERMATOLOGIE

Hôpital Saint-Louis. — M. E. GUIBOUT.

DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

Messieurs,

Nous ne faisons pas de science abstraite, spéculative et sans application utile; rappelons-nous que la médecine est l'art de guérir, *ars medendi*. Lors donc que je vous ai présenté la dermatologie comme étant en quelque sorte le résumé de toute la pathologie; lorsque je vous ai montré la peau comme un miroir sur lequel viennent se peindre, se photographier à vos yeux nos états morbides les plus divers, les plus légers, comme les plus graves; lorsque je vous ai fait voir les affections cutanées comme étant l'aboutissant de véritables courants morbides, qui, partis de tous les points, de toutes les profondeurs de l'économie, montent à la surface, et convergent vers la peau, mon but n'a pas été d'offrir à vos esprits une image séduisante et capable d'exciter, de piquer une vaine curiosité. Non, je me suis proposé un but plus sérieux et plus élevé; j'ai voulu vous faire envisager la dermatologie comme étant le flambeau, la lumière du diagnostic, et, par conséquent, comme devant être pour vous un guide indispensable et l'objet d'une sérieuse étude.

Or, après vous avoir dit ce que sont les maladies de la peau, au point de vue de leur constitution anatomique, de leur évolution, de leur gravité, des causes sous l'influence desquelles elles se produisent, et des principes morbides qu'elles représentent, j'ai maintenant à vous parler de leur diagnostic.

Quel doit être le diagnostic en dermatologie?

Sur quels points doit-il porter? et quelles sont ses difficultés? — Voilà le sujet de cette conférence.

I

Une maladie de peau étant donnée, il faut tout d'abord l'envisager par son grand côté, par celui qui importe le plus au malade, et au traitement. Ne vous perdez jamais dans des questions de petits détails, et lorsqu'il s'agit pour vous de savoir si votre malade est gravement compromis, si sa santé est profondément atteinte, efforcez-vous tout de suite d'apprécier, de juger, de déterminer son état pathologique, et n'allez pas vous égarer dans des minuties, et vous amuser à rechercher si les lésions cutanées, que vous avez sous les yeux, ont débuté par une vésicule, par une papule ou par une squame. C'est donc le diagnostic de la nature du mal, de son expression séméiologique qu'il vous faut porter dès l'abord; c'est l'X algébrique qu'il faut commencer par dégager.

Songez qu'avec la dermatologie vous avez affaire à la pathologie presque tout entière : affections idiopathiques, parasitaires, cachectiques, critiques; troubles dentaires, utérins, gastro-intestinaux, aigus et chroniques; secousses morales; fièvres saisonnières pseudo-exanthématiques; fièvres exanthématiques; syphilis, scrofule, herpétisme, cancer... La dermatologie est tout cela, ne l'oubliez pas, nons l'avons établi dans notre dernière conférence; or, voilà ce qu'il vous importe le plus d'avoir présent à l'esprit, en arrivant au lit du malade. Il y a là sans doute, comme un chaos, mais ne vous effrayez pas, vous trouverez une lumière pour débrouiller ce chaos, et un fil d'Ariane pour vous diriger dans les méandres de ce dédale.

Chaque maladie cutanée à son cachet propre, sa physionomie spéciale, ses traits distinctifs et pathognomoniques, qui vous permettront de la reconnaître et de lui donner le nom qui lui convient. Et si la lumière ne se fait pas tout de suite et suffisamment à vos yeux, les commémoratifs contribueront à vous éclairer.

La maladie n'existe-t-elle que dans une région exposée à l'action irritante de causes externes, professionnelles, ou autres? — C'est une maladie idiopathique. — Siège-t-elle autour des endroits habités par des parasites, dont la présence peut être, sinon démontrée, du moins soupçonnée? — C'est une maladie parasitaire. S'est-elle manifestée, après un écart de régime, à la suite de l'ingestion de médicaments, ou d'aliments d'une digestion difficile, ou bien dans le cours d'une dyspepsie chronique? — C'est une maladie symptomatique de troubles viscéraux, et le mal est moins encore sur la peau, que dans l'estomac et l'intestin.

Les lésions cutanées sont-elles d'une coloration rouge-brun, rouge cuivré foncé, chair de jambon cru, et exemptes de prurit? — C'est la syphilis. Ces mêmes lésions sont-elles éparpillées sans ordre, disséminées sur toute l'étendue de la peau? — C'est la syphilis *récente*. Sont-elles, au contraire, réunies en groupes? — C'est la syphilis déjà *ancienne*, et si elles sont ulcéreuses, c'est la syphilis à sa période tertiaire.

Les lésions sont-elles fixes, persistantes sur une seule région qu'elles ne quittent pas, sur laquelle elles accomplissent, depuis un temps plus ou moins long, toutes les phases de leur évolution, à forme torpide et chronique? sont-elles indolores et d'une teinte d'un rouge vif et vineux? — C'est la scrofule.

Sont-elles, au contraire, prurigineuses, intermittentes dans leurs manifestations, diffuses, généralisées, disposées symétriquement, c'est-à-dire occupant de la même manière, avec la même configuration géométrique, les régions correspondantes du corps ou des membres? — C'est la dartre ou herpétis.

Ainsi donc, Messieurs, cherchez, déterminez, avant tout, quelle est la nature de la maladie, c'est le grand côté de la question; c'est là ce qui vous importe le plus de savoir, dans l'intérêt du malade, pour le traitement que vous aurez à formuler, et pour le pronostic que vous aurez à porter, tant sur la durée du mal que relativement à sa gravité.

Mais cela ne suffit pas; il faut encore que vous donniez un nom à la maladie que vous avez sous les yeux. C'est une maladie *professionnelle*, *herpétique*, *syphilitique*. Vous l'avez constaté à la disposition, à la couleur, à la physionomie des lésions; mais comment appellerez-vous ces lésions, voilà ce qu'il vous faut encore rechercher? Pour cela, vous avez deux points à élucider : Quelle est l'*espèce?* Quel est le *genre?*

Quelle est l'espèce? — c'est-à-dire quelle est la lésion anatomique primitive qui constitue l'affection? Cette lésion primitive est-elle une vésicule? Est-elle une pustule? Est-elle une squame? Est-elle une simple coloration?

Quel est le genre? — c'est-à-dire quelle est la variété, sous laquelle se présente cette lésion mère? Si c'est une vésicule, quelles sont les manières d'être de ces vésicules? Sont-elles petites, granuleuses, acuminées, éphémères, et confluentes, sur de vastes surfaces érythémateuses? Si elles se présentent avec ces caractères, ces vésicules constituent le genre *eczéma*. Les vésicules, au contraire, forment-elles de petits groupes isolés les uns des autres? Sont-elles larges, aplaties, persistantes, et sont-elles remplacées, chacune par une croûte noirâtre? — Dans ce cas, et avec ces caractères, les vésicules forment le genre *herpès*.

Mais ce n'est pas assez de connaître la nature de la maladie, et le nom générique des lésions qui sont l'expression de cette maladie, il faut encore déterminer à quelle période de leur évolution sont arrivées ces lésions. Ainsi, par exemple, l'eczéma que nous prenons pour exemple, est-il à sa première, à sa deuxième, ou à sa troisième période? — Soumettez-le à un traitement local purement antiphlogistique, et, dans votre pronostic, gardez-vous bien de rien préciser quant à sa durée, toujours incertaine. Est-il, au contraire, à sa quatrième période, c'est-à-dire à sa période squa-

meuse et de dessication ? — Annoncez alors qu'il est à son déclin, qu'il touche à sa fin, et abandonnez le traitement local antiphlogistique.

La nécessité de déterminer la période d'évolution des lésions cutanées, nécessité imposée par le pronostic, et par le traitement, va vous faire comprendre que vous aurez encore, et dans tous les cas, et comme règle générale, à établir quel est le caractère, quelle est la forme que présentent les dermatoses. Sont-ce des affections à forme aiguë, à évolution rapide, à sécrétion humide, à caractère inflammatoire, Sont-ce des *dartres vives*, telles que l'eczéma aigu, fluent, l'herpès, l'impétigo, l'ecthyma saisonnier ? — ou bien, au contraire, sont-ce des *dartres mortes*, à évolution lente et torpide, dénuées de tout caractère inflammatoire, à sécrétion sèche? comme le psoriasis, comme le pityriasis alba, ou sans aucune sécrétion, comme le prurigo, comme le lichen chronique ? — la détermination du caractère inflammatoire, ou non inflammatoire, aigu, ou chronique des affections cutanées, est encore un des points indispensables de leur diagnostic, puisque leur traitement local et général doit être essentiellement différent, dans l'un et l'autre cas.

Ainsi donc, le diagnostic des maladies de la peau doit porter sur cinq points parfaitement distincts, et dont la détermination, nette et précise, vous est absolument nécessaire pour avoir une notion claire, complète de ces maladies, et pour être à même de les combattre par un traitement méthodique et rationnel. Ces cinq points sont la détermination : 1° de la nature; 2° de l'espèce ; 3° du genre ; 4° de la période d'évolution ; 5° de la forme aiguë, ou chronique de ces maladies; c'est ainsi que doit être compris et formulé leur diagnostic.

II

DES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE LE DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

Le diagnostic, tel que nous venons de le formuler, présente-t-il des difficultés ? — Au premier abord, non ; il semble que rien ne soit plus facile que la détermination des points qu'il comporte. En effet, dans les affections cutanées, tout est superficiel, tout s'étale sous nos yeux ; nous pouvons, non pas seulement voir les lésions, mais encore les toucher, les palper sans aucun intermédiaire, et, par conséquent, nous faire une idée aussi complète, aussi nette que possible de la manière d'être de ces lésions, de leur constitution anatomique, de leur étendue, de leur gravité, de leur couleur, de leur cachet individuel et pathognomonique. Telle est la première idée qui vient à l'esprit; malheureusement cette idée n'est pas toujours exacte, et ce diagnostic, qui, à première vue, paraît facile, présente au contraire, dans un grand nombre de cas, de très grandes difficultés que nous allons rapidement examiner ; nous les faisons dépendre de cinq causes différentes, qui sont :

1° *L'examen tardif des malades.* — Ils ne viennent pas habituellement nous consulter dès le commencement de leur maladie ; nous ne les voyons, le plus souvent, qu'à une période déjà avancée de son évolution. Or, à cette période, le temps qui modifie, qui altère toutes choses, a effacé, a dénaturé le caractère pathognomonique des lésions cutanées; il a fait disparaître toute trace des lésions anatomiques primitives ; nous avons beau les chercher, nous ne les retrouvons plus ; nous ne constatons plus que des lésions ultérieures, sans caractère bien tranché, d'une physionomie vague et indécise; et ce n'est qu'à l'aide de ces lésions, ainsi défigurées et adultérées, que nous pouvons hasarder un diagnostic.

2° *L'influence de traitements antérieurs.* — Quand les malades se soumettent à notre examen, ce n'est pas seulement le temps qui a modifié l'affection dont ils sont atteints, ce sont encore des traitements déjà suivis, qui ont enlevé à cette affection ses caractères les plus importants. C'est ainsi que nous voyons le psoriasis dépouillé de ses squames blanches et nacrées; le rupia dépossédé de ses croûtes épaisses, noirâtres, humides et stratifiées ; l'eczéma, sans ses croûtelles, d'un blanc jaunâtre.

Vous rencontrerez souvent, Messieurs, des malades qui auront été soumis à des traitements insensés, irritants lorsqu'ils auraient dû être émollients, incendiaires

par conséquent. Ces traitements changent complètement l'aspect, le caractère des lésions cutanées; ils les aggravent, ou bien en produisent d'autres, de nouvelles, qui sont son ouvrage, et dont le développement, plus accentué recouvre quelquefois complètement les lésions anciennes, qui sont alors masquées, et qu'il n'est plus possible de reconnaître. Il faut, dans ces cas, commencer par guérir les malades des effets d'un traitement désastreux, et ce n'est qu'après cela qu'on peut arriver à se faire une idée de la véritable maladie.

3° *L'existence simultanée, sur la même région, de deux ou trois affections de genres différents, ou de nature différente.* — Vous verrez souvent l'inflammation de la peau se manifester par des poussées de lésions, appartenant à des espèces différentes, et siègeant, côte à côte, sur une même région. C'est ainsi que vous constaterez des papules de prurigo, à côté de pustules d'eczéma. Il arrive alors que les lésions les plus saillantes masquent complètement les autres, vous empêchent de les voir, d'en signaler l'existence, alors que ce sont ces lésions, plus anciennes et plus graves, qu'il vous importe surtout de connaître. C'est ainsi que vous trouverez des chancres, des tubercules muqueux, des pustules, des godets faviques, dissimulés sous d'épaisses carapaces de croûtes d'herpès, d'eczéma, d'impétigo.

4° *La constitution des malades, et le siège des maladies.* — Les plantes ont leur terrain de prédilection; la nature du sol qui leur convient donne à chacune d'elles le degré de force, de puissance végétative, ou de grâce et de beauté qui lui appartient. Voyez-les, en dehors de ce terrain, sur une terre qui n'est pas faite pour elles; c'est à peine si vous les reconnaîtrez, tant elles seront modifiées. Il en est de même des proliférations morbides, qui constituent les maladies de la peau; elles, aussi, ont leur terrain spécialement fait pour elles; aux unes, il faut un terrain sec, une peau épaisse, aux autres, une peau fine et humide. Le psoriasis, par exemple, pour se développer, avec ses belles squames épidermiques, blanches, épaisses et argentées, recherche les régions, où la peau a le plus de sécheresse et le plus d'épiderme. c'est là, à la face postérieure du tronc, à la face externe des membres, et dans le sens de leur extension, qu'il faut le voir, pour le trouver avec tout le développement de ses caractères les plus tranchés. Voyez-le maintenant dans une région, où la peau est fine et humide, au scrotum, à la verge, dans toute la zone génito-crurale par exemple; il est là comme égaré; il n'y trouve pas les éléments nécessaires à son développement; ses squames n'ont ni blancheur, ni épaisseur, ni adhérence, ni sécheresse; elles sont pelliculaires, foliacées; elles se détachent d'elles-mêmes. C'est encore le psoriasis, mais c'est un psoriasis bâtard, et qu'un œil exercé peut seul reconnaître.

Si la région, sur laquelle se développent les maladies de la peau, en altérant leurs caractères extérieurs, peut rendre leur diagnostic très difficile, il en est de même de la constitution du malade. Voyez les affections de nature herpétique, chez un lymphatique, chez un scrofuleux, elles seront moins prurigineuses, moins sèches, et leurs sécrétions humides seront plus abondantes. Voyez-les maintenant sur une constitution sèche et nerveuse, vous les y trouverez, avec leurs formes les plus sèches et les plus douloureuses; c'est le terrain le plus favorable au prurigo, dans ses formes les plus graves. Voyez encore la syphilis chez un scrofuleux; elle y perd sa couleur, son cachet, elle s'y transforme; ses lésions sont hybrides, moitié syphilitiques, moitié scrofuleuses; ce n'est plus de la syphilis, ce n'est pas non plus de la vérole, c'est un mélange des deux diathèses, c'est *un je ne sais quoi*, qui n'avait aucun nom dans la langue dermatologique, et que M. Ricord a très heureusement appelé un *scrofulate de vérole* : ainsi donc, le siège des maladies, et la constitution des malades rendent quelquefois le diagnostic très difficile.

5° *Les formes bizarres que revêtent certaines maladies.* — Les affections les plus habituelles se présentent quelquefois à notre observation, sous certaines formes insolites, ou insidieuses, qui les rendent méconnaissables. Ainsi, sous ses formes *gyrata*, *circinnata* et *guttata*, dépouillées de squames, le psoriasis ressemble tellement à une syphilide serpigineuse et papuleuse, que souvent, à première vue, le diagnostic est impossible. La syphilide végétante cornée ne laisse pas facilement démêler

sa nature. L'eczéma palmaire *centrifuge* ressemble, à s'y méprendre, à une syphilide serpigineuse squameuse : l'eczéma *orbiculaire*, en *rayons*, ou *en gloire* est tellement bizarre qu'on ne sait de quel nom l'appeler.

En voilà assez, Messieurs, pour vous montrer que le diagnostic des maladies de la peau présente souvent les plus sérieuses difficultés. Il faut donc, par une observation attentive, vous familiariser avec ces difficultés, afin qu'elles ne vous entraînent pas dans des erreurs qui seraient préjudiciables à votre réputation, et à la santé de vos malades.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 mai 1882 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

APPENDICE

Aperçu des principales maladies régnantes observées dans diverses villes de France pendant le premier trimestre de 1882.

AURILLAC. — M. RAMES.

« La fin de notre hiver a été l'analogue de son commencement. L'année a débuté par de beaux jours. Vers le 4 janvier, cependant, la température a légèrement fléchi, et, le 6 et le 7, il tombait un peu de brume. A partir du 8, le soleil reparaissait et restait resplendissant jusqu'au 15 février. A cette époque, un courant d'air froid amenait de la pluie, pluie devenant neige sur la montagne; celle-ci fondait bientôt par l'effet d'un changement de température.

Le mois de mars a eu ses giboulées, de peu de durée il est vrai et espacées par des journées vraiment printanières. Le 23 mars a été, lui, un jour de rude hiver, un fort vent nord-ouest très froid jetant de fortes rafales de neige. Ce retour n'a pas eu de suites et le temps est redevenu doux.

En somme, hiver justifiant peu son nom et à peu près sans neige; ensemble de température tout à fait anormal pour notre pays.

Disons-le par avance, ces conditions météorologiques ont paru surtout funestes aux gens débilités.

Les entrées fournies par notre contingent militaire, réduit de beaucoup comme nous l'avons dit, mais renforcé par l'arrivée de réservistes, se résument en 5 rhumatismes articulaires aigus, 5 broncho-pneumonies, quelques bronchites plus ou moins sérieuses et un érysipèle ambulant. Les autres malades n'étaient pour la plupart que des convalescents retour de Tunisie et touchant barre pour une prolongation de congé.

Circonstance à noter, les rhumatismes articulaires se sont produits du 1er janvier au 15 février, par un temps très sec. Déjà, dans le premier trimestre de l'année 1880, nous avions vu une poussée analogue apparaître par un temps pareillement très sec.

Les broncho-pneumonies ont éclaté du 6 février au 13 mars. Il n'y a pas eu de cas de mort.

En ville, la mortalité, pour le premier trimestre de 1882, a été de 98 personnes; 26 en janvier, 32 en février, 40 en mars. Sur ce nombre, nous comptons 17 enfants au-dessous de 2 ans et 42 vieillards au-dessus de 60.

Comme maladie infectieuse, citons d'abord la diphthérie : 3 cas de croup, 2 morts simultanément le quatrième jour, le 13 février, l'un trachéotomisé, l'autre non; le troisième, mort le 9 mars; enfants de 4, 2 et 1 an, quartiers différents.

La scarlatine, qui s'était manifestée par quelques cas dans le second trimestre de 1881, et qui depuis lors se maintenait dans les environs de la ville, y est rentrée. Nous n'exagérons pas en en portant le nombre à une trentaine de cas; cependant, jusqu'à ce jour, il ne s'est produit qu'un cas de mort le 10 mars.

Concurremment avec cette affection sont survenues des angines avec exsudation sur les amygdales, mais sans suites sérieuses.

La maladie grave a été la pneumonie, le plus souvent chez des vieillards ou des gens débilités, 21 cas de mort en tout, 7 en janvier, 5 en février, 9 en mars. Les catarrhes ou congestions pulmonaires en approchent, 3 en janvier, 5 en février, 3 en mars, ce qui, pour les deux affections réunies, donne un total de 32 morts.

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 25 juin et 9 juillet.

Que l'on ajoute à ce relevé, 5 finales de phthisie pulmonaire en janvier, 2 en février, 2 en mars, et l'on aura, avec quelques affections organiques du cœur et quelques dégénérescences d'organes, le bilan des décès de ce premier trimestre.

Comme on le voit, la débilité en a surtout fait les frais. »

BORDEAUX. — M. ARNOZAN.

« Le trimestre que nous venons de finir a été mauvais pour la santé des Bordelais. Non-seulement les maladies aiguës des voies respiratoires ont donné un chiffre considérable de mortalité, non-seulement l'apoplexie a prélevé, comme c'est l'habitude à Bordeaux, un large tribut (145), mais nous avons eu à subir, à des degrés divers, trois épidémies.

1° La variole, en décroissance depuis le mois d'octobre, a continué à décliner d'une façon sensible, mais sans disparaître d'une façon complète (24 décès en janvier, 13 en février, 11 en mars). La diminution est donc incontestable; cependant elle est loin d'être suffisante pour justifier l'indifférence et la sécurité de la population qui a complètement déserté les établissements de vaccination.

2° Les accidents puerpéraux qui, à la fin du trimestre précédent, étaient déjà nombreux et avaient nécessité la fermeture de la Maternité de Pellegrin, ont fait encore plusieurs victimes pendant ce dernier trimestre (9 en janvier, 3 en février, 2 en mars). Cependant ils paraissent diminuer. Un assez grand nombre d'enfants ont aussi succombé à des érysipèles circa-ombilicaux peu de jours après leur naissance. Toutes les parties de la ville n'ont pas été également atteintes : c'est dans le quartier de la *Bastide*, comprenant la partie de Bordeaux située sur la rive droite de la Garonne que l'on a pu observer le plus grand nombre des cas.

3° Enfin la fièvre typhoïde a donné en trois mois 40 décès (10, 14, 16), nombre tout à fait exceptionnel pour notre ville; et l'on voit, d'après les chiffres ci-dessus, que l'épidémie est en progression. Quelques recherches ont été faites à la Société de médecine et de chirurgie pour établir l'origine de cette épidémie, mais elles n'ont pas abouti à des conclusions précises. En revanche, ce qui a été très nettement établi par les observations des membres de cette Société, c'est la proportion tout à fait insolite des hémorrhagies intestinales, sans que du reste cette complication ait généralement entraîné la mort.

Si à cette triple épidémie nous ajoutons d'assez nombreux cas de coqueluche, de rougeole et de diphthérie, nous trouverons amplement de quoi expliquer le nombre relativement grand des décès du premier trimestre 1882 comparé à celui du même trimestre 1881. Voici, en effet, les chiffres de ces deux périodes :

	1881	1882
Janvier	554	593
Février	431	562
Mars	457	507
	1442	1662

Soit : 220 décès de plus en 1882.

Bulletin trimestriel des principales causes de décès pendant les mois de janvier, février et mars 1882, *à Bordeaux* (population, 215,140 habitants).

	Janvier.	Février.	Mars.	Totaux.
Maladies miasmatiques et épidémiques :				
Variole	24	13	11	48
Rougeole	4	6	8	18
Scarlatine	»	1	»	1
Fièvre typhoïde	10	14	16	40
Croup, angine couenneuse	7	7	11	25
Coqueluche	1	8	1	10
Fièvre puerpérale	9	3	2	14
Maladies saisonnières :				
Bronchite	26	22	18	66
Catarrhe pulmonaire	23	52	13	98
Pneumonie et pleurésie	42	50	46	138
Apoplexie	46	58	41	145
Fièvre pernicieuse	7	»	1	8
Diarrhées	7	»	11	18
Maladies tuberculeuses :				
Phthisie pulmonaire	84	82	64	230
Carreau	»	4	»	4
Rachitisme et scrofules	4	6	2	12
Méningite tuberculeuse	21	22	39	82

CLERMONT-FERRAND. — M. FREDET.

(Population civile.)

« Le commencement du premier trimestre de cette année a été marqué par l'apparition d'une épidémie de rougeole qui, à Clermont, n'a point présenté de malignité, mais qui, dans les environs, s'est malheureusement signalée par quelques morts subites chez des sujets en pleine éruption. On peut considérer l'épidémie comme à sa fin, en ce moment. En même temps que la rougeole apparaissaient aussi de nombreux cas de scarlatine et quelques fièvres typhoïdes.

Beaucoup d'enfants, dans plusieurs pensions notamment, ont été atteints d'oreillons. Je n'ai pas à signaler de métastase sur ceux que j'ai observés. Des angines simples ou pultacées, et, dans les environs de Clermont, mais à une distance relativement éloignée, des angines couenneuses, du croup qui, sur certains points du département, ont mis l'Administration dans la nécessité de fermer quelques écoles primaires.

La variole, depuis 1870, semble devenir endémique. Nous ne pouvons pas nous en débarrasser. Une épidémie variolique paraît, puis disparaît, et quand le calme semble être revenu, une nouvelle épidémie survient aussi intense, aussi accusée que la précédente. Elle est en quelque sorte à l'état latent. Des cas nombreux ont paru au commencement de ce trimestre, soit à la ville, soit dans les campagnes environnantes.

Enfin, dans les mois de janvier et de février, on a signalé la fréquence des pneumonies ou broncho-pneumonies, graves surtout chez les vieillards, et de rhumatismes articulaires avec complications diverses ou cardiaques.

En résumé, la moyenne des maladies a été beaucoup plus considérable dans ce trimestre que dans le précédent et principalement dans la première moitié. »

CLERMONT-FERRAND. — M. BARBERET.

(Population militaire.)

« L'état sanitaire de la garnison de Clermont-Ferrand, pendant le premier trimestre 1882, est représenté par 538 malades, dont 327 traités à l'infirmerie pour des affections légères et 211 à l'hôpital pour des maladies plus graves. Soit, pour 100 hommes présents à l'effectif, une proportion de 5,92 à l'hôpital et de 9,29 à l'infirmerie. Notons que l'état sanitaire, peu satisfaisant pendant le mois de janvier, s'est amélioré progressivement pendant les deux mois suivants.

De fréquentes alternatives de température et des brouillards intenses on régné pendant le mois de janvier; l'état atmosphérique s'est beaucoup amélioré en février et en mars, aussi avons nous vu les affections saisonnières, nombreuses en janvier, devenir plus rares et surtout moins graves à la fin du trimestre. Ce sont, dans l'ordre de fréquence, les affections des voies respiratoires (38) bronchites, pneumonies, pleurésies, qui ont dominé; puis, les rhumatismes (28), enfin les affections des voies digestives (22), embarras gastriques, diarrhées, angines.

Les malades affectés de phthisie pulmonaire à divers degrés ont été fortement éprouvés par les variations fréquentes de température et l'humidité de l'atmosphère.

La fièvre typhoïde n'a fourni que 5 cas dont 1 suivi de mort et 4 actuellement en voie de guérison. Déjà le trimestre précédent s'était fait remarquer par un nombre exceptionnellement faible de cette maladie.

Les fièvres éruptives dont nous avons signalé l'apparition dans la garnison dès le mois d'octobre, ont continué à sévir pendant les mois de janvier, février et mars. Nous avons observé, dans ce trimestre : 15 nouveaux cas de variole; 19 de scarlatine; 1 de rougeole.

Des oreillons, des érysipèles et des angines scarlatineuses se sont, en outre, déclarés en assez grand nombre pour faire craindre une aggravation de l'état sanitaire, cependant nous devons ajouter que si ces maladies sont encore assez fréquentes et graves dans la population civile, elles paraissent devoir cesser prochainement dans la garnison.

Ces affections ont présenté dans quelques cas beaucoup de gravité, particulièrement parmi les recrues du 92e régiment de ligne dont l'état sanitaire a été, du reste, assez mauvais. La scarlatine souvent compliquée d'albuminurie ou d'hémorrhagie a donné lieu à 3 décès; la variole, quelquefois confluente, a causé 3 décès. Les autres décès ont eu lieu pendant le trimestre à la suite de pneumonie, de fièvre typhoïde, de phthisie, de rougeole compliquée. L'influence érysipélateuse s'est étendue à quelques blessés dont les lésions chirurgicales de peu d'importance sont devenues le point de départ d'érysipèles graves et d'accidents septicémiques qui ont compromis la vie des malades.

Plusieurs villes de garnison du 13e corps d'armée ont subi, comme Clermont, l'influence

épidémique. Nous signalerons, pendant ce trimestre, 11 cas de rougeole et quelques cas de diphthérie au 7e chasseurs à cheval, à Moulins; 4 cas de scarlatine au 38e de ligne, à Saint-Etienne; 30 cas d'oreillons au 86e de ligne, au Puy, et quelques cas au 105e de ligne, à Roanne.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES.	Janvier	Février	Mars
Pression barométrique : moyenne...........	738mm	735mm	730mm
Température moyenne....................	— 1°6	+ 3°6	+ 8°1
— maximum..................	+ 15°1	+ 21°4	+ 23°7
— minimum..................	— 9°0	— 10°7	— 1°9
Pluie : hauteur totale....................	4mm	33,1	48,8

LE HAVRE. — M. LECADRE.

« Si la température, durant le premier trimestre de 1882, ne s'abaissa pas comme on le voit d'habitude pendant la saison d'hiver, on eut, en revanche, à essuyer des brouillards épais, pénétrants et d'un froid humide. La persistance de ces brouillards donne l'explication de ces affections de poitrine qui, rarement, furent plus communes. Ainsi l'on peut compter, durant le trimestre, 117 décès provoqués par des maladies aiguës des organes de la respiration, comme bronchites, pneumonies, pleurésies. Si à ces 117 décès on en ajoute 121, causés par la phthisie pulmonaire, on arrive au chiffre de 238 décès par les affections du poumon. La mortalité générale du trimestre ayant été de 890, le tiers à peu près des décès (3,74) eut donc pour cause ces dernières affections. C'était surtout chez les vieillards et chez les personnes disposées à l'emphysème du poumon que les bronchites aiguës, dont le nombre surtout était très grand, prenaient un caractère grave.

Quel que fut l'âge, la bronchite, qui devenait fébrile, se généralisant, était accompagnée de râles muqueux et de sifflements dans la poitrine, ainsi que d'une dyspnée qui allait quelquefois jusqu'à la suffocation.

Chez les enfants même, la bronchite ne fut pas rare, et ne le furent pas moins le croup et la diphthérie qui, durant le trimestre, firent 49 victimes, et la coqueluche qui fut fatale à treize enfants.

Des maladies appartenant à d'autres organes, il faut noter, d'un côté, chez les adultes et les vieillards, l'apoplexie cérébrale et, chez les enfants, la méningite tuberculeuse.

Sans vouloir assimiler la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale, on ne peut dire, cependant, qu'il n'existe pas une sorte de parité dans la production de l'une et de l'autre. Ainsi, tandis qu'au mois de janvier mouraient 8 individus de la fièvre typhoïde, étaient emportées, dans le même mois, 6 femmes atteintes de fièvre puerpérale. Au mois de février, on ne comptait plus que 3 fièvres typhoïdes mortelles et seulement aussi 2 décès par la fièvre puerpérale. Au mois de mars, la première de ces maladies semble se réveiller, 5 personnes mouraient de la fièvre typhoïde : même observation à faire pour la fièvre puerpérale; dans le même mois, 4 femmes succombaient des suites de la fièvre puerpérale.

Les fièvres éruptives continuèrent à sévir. A l'exception d'une seule semaine du trimestre, du 19 au 25 mars, toutes les autres présentèrent un nombre plus ou moins élevé de morts par la variole, et, en récapitulant le produit déplorable de chaque semaine, on arrive au chiffre, durant les trois mois, de 35 décès par cette fièvre éruptive grave.

La rougeole, très commune au mois de février, fut généralement bénigne. Plus grave fut la scarlatine, dont furent victimes plusieurs jeunes sujets. Les urticaires furent souvent observées, et aussi furent constatées un assez grand nombre de rubéoles, qui, après les prodromes d'une intensité qui pouvaient faire craindre l'invasion d'une éruption redoutable, se dessinaient rapidement et disparaissaient avec la même promptitude. »

LE HAVRE. — Bureau d'hygiène dirigé par M. le Dr LAUNAY.

« L'épidémie de variole est en voie de diminution, même dans le canton Est, où elle a fait plus de ravages pendant ce premier trimestre. Sur les 35 décès occasionnés par la variole, nous en avons noté 17 chez des enfants de la naissance à 5 ans non vaccinés, malgré toute la propagande faite par brochures et affiches, et les séances régulières de vaccinations publiques et gratuites.

Des trois cantons, le canton Nord est toujours celui où la fièvre typhoïde est plus fréquente; le canton est celui où le croup et la diphtérie font le plus de victimes.

La phthisie pulmonaire, à elle seule, a occasionné plus de décès que toutes les maladies zymotiques réunies.

Tableau indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique observé, au Havre, pendant le premier trimestre 1882.

PREMIER TRIMESTRE 1882 — MOIS	THERMOMÈTRE CENTIGRADE				BAROMÈTRE — Pression moyenne à 0°	HAUTEUR de la pluie tombée.	VENTS DOMINANTS
	Moyenne des minima	Moyenne des maxima	Écart.	Moyenne			
Janvier......	+ 2°,8	+ 5°,9	17°	+ 4°,3	77.04	0.02050	SO. E.
Février......	+ 2°,7	+ 8°,2	21°	+ 5°,4	76.57	0.01525	SO. NO. E.
Mars........	+ 5°,4	+ 12°,0	15°	+ 8°,7	76.12	0.00825	SO. NO. NE.
Moyennes trimest.	+ 3°,6	+ 8°,7	22°	+ 6°,1	76.57	0.04400	SO. NO. E.

Un phénomène météorologique assez rare, puisqu'il n'avait pas été constaté depuis plus de soixante ans, a été observé pendant le premier trimestre 1882, c'est la persistance de l'élévation de la colonne barométrique, presque toujours au-dessus de 77.00, du 8 janvier au 10 février, du 16 au 27 février, du 8 au 18 mars. Le 18 janvier la hauteur barométrique atteignait, au Havre, 78.40, et du 16 au 20 février elle restait au-dessus de 78.00.

Pendant la durée de ces fortes pressions, surtout en janvier et février, une brume persistante a été observée dans nos régions, et dans deux ascensions aérostatiques qui ont eu lieu à Paris, les aéronautes ont constaté que le brouillard régnait à la surface de la terre sur une épaisseur seulement de 3 à 400 mètres. »

ROUEN. — M. LEUDET.

L'état sanitaire n'a pas été satisfaisent comme dans le dernier trimestre de 1881; la scarlatine, la diphthérie, les inflammations des bronches et du poumon ont fourni un nombre considérable de malades.

La fièvre typhoïde, assez rare même pendant l'automne de 1881, a continué à régner même pendant les trois premiers mois de l'année, sans présenter toutefois le caractère épidémique. Je dois noter que cette pyrexie ne fournit généralement, à la même époque de l'année, que des cas isolés. La forme de la maladie a été assez grave. Je signalerai surtout un cas, chez un homme de 57 ans, terminé par la mort. Cette pyrexie ne se rencontre que rarement chez les individus dont l'âge dépasse 55 ans. Depuis 1854, je n'ai vu que deux fois la fièvre typhoïde chez des malades âgés de 55 ans; deux autres malades avaient 57 ans; enfin trois, 59 ans, c'est-à-dire un total de sept malades âgés de 55 ans et plus, et cependant le total des cas de fièvres typhoïdes observés depuis 1854 dépasse 1,100.

La scarlatine n'est représentée que par quelques cas isolés admis dans ma division, consacrée uniquement au traitement des adultes. En ville, j'ai été appelé à soigner un nombre assez considérable de scarlatines; toutes ont été assez bénignes, quoique l'éruption fut intense chez quelques enfants.

La variole n'a pas amené un seul malade dans ma division, affectée au traitement des hommes varioleux.

La rougeole n'a pas existé à l'hôpital; je n'en ai vu aucun cas en ville.

La dipthérie était, depuis vingt-huit ans, une des maladies exceptionnelles de notre ville. Depuis la fin du dernier trimestre, les cas de croup se sont multipliés dans la division des enfants malades, à l'Hospice général de Rouen et en ville. J'ai été appelé, moi-même, auprès de cas de laryngite pseudo-membraneuse. La mort d'un nombre considérable de ces malades ne démontre que trop la réalité de sa nature. Une des divisions de l'Hôtel-Dieu a reçu une adulte atteinte de diphthérie contractée en soignant un enfant, qui succomba à cette maladie.

Il m'est impossible de fournir un renseignement exact sur le nombre des cas de diphthérie, mais j'assure que jamais, depuis vingt-huit ans que j'exerce à Rouen, la diphthérie n'avait pris un pareil développement.

L'apparition de cette épidémie avait été précédée, l'an dernier, par la manifestation de foyers isolés dans plusieurs localités du département où la maladie avait frappé beaucoup d'enfants.

Les affections des maladies de l'appareil respiratoire ont été d'une grande fréquence.

Les laryngites, les bronchites et les broncho-pneumonies ont frappé les individus de tout âge. Ces affections étaient accompagnées de signes de grippe avec toux, que je nommerais

coqueluchoïde, si le mot était français. Ces catarrhes spasmodiques ont eu, chez beaucoup d'individus une durée assez longue.

Ce caractère catarrhal se reconnaissait encore dans les pneumonies, qui n'offraient presque jamais les signes des pneumonies franches.

Les pleurésies ont été nombreuses ; il en était de même des rhumatismes accompagnés fréquemment de viscéralgies, pleurésies, péri et endocardites et même de pneumonies.

Sous l'influence de cet état sanitaire mauvais, la tuberculose pulmonaire a pris une marche accélérée. Cette maladie a amené dans ma division 33 malades, dont 14 ont succombé.

Plusieurs fois j'ai pu suivre chez ces malades l'éclosion d'une tuberculose miliaire secondaire entée sur une forme chronique, circonstance que j'attribue à l'influence de la grippe. »

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 avril 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Boinet demande la parole.

Je désire faire observer que, quelquefois, malgré les plus grandes précautions hygiéniques, des cas d'ovariotomie qui paraissaient très simples comme opération, se sont terminés d'une façon fatale, bien qu'il fût impossible de trouver une cause ayant occasionné la mort. On a pu obtenir des succès quoiqu'opérant dans de mauvaises conditions hygiéniques, mais il est évident, ainsi que l'a indiqué M. Polaillon, qu'il est préférable de s'entourer de toutes les conditions de succès quand on fait une opération aussi sérieuse.

M. Polaillon a voulu surtout insister sur la nécessité de prendre toutes les précautions hygiéniques, qui sont une garantie pour le succès de l'opération. Dernièrement, à la Société de chirurgie, M. Desprès a rapporté l'observation d'une malade qu'il a opérée dans la salle même de l'hôpital et qui est morte le deuxième jour. Plusieurs membres n'ont pas hésité à aire quelques observations sur le lieu choisi pour faire l'ovariotomie.

—

La correspondance imprimée comprend : Le *Journal d'hygiène*, le *Progrès médical*, le *Journal des sages-femmes*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Concours médical*, un volume, tome XIX—1879, des *Mémoires* et *Comptes rendus* de la Société des sciences médicales de Lyon.

Le tirage à part du travail de M. Rougon, archiviste, sur l'*Histoire des archives de la Société de médecine de Paris.*

Une lettre de M. de Beauvais, secrétaire général, qui exprime ses vifs regrets de ne pouvoir assister à la séance pour cause de maladie.

Des cartes envoyées par M. le ministre de l'instruction publique aux membres délégués pour représenter la Société de médecine de Paris à la vingtième réunion des délégués des Société savantes. MM. Duroziez, Reliquet, de Beauvais, Rougon, Besnier ont été désignés.

—

M. le Président annonce à la Société que M. Leblond a été nommé médecin titulaire de Saint-Lazare, et M. Boucheron médecin auriste et oculiste des lycées de Paris.

M. le Président signale la présence de M. Fabre (de Commentry), membre correspondant.

—

M. Bergeron fait la communication suivante : *Observation de sarcome de la région lombaire récidivant sur place à quatre reprises différentes.*

M. Henri Bergeron : Je vous ai présenté, il y a quelques séances, un malade atteint d'un carcinome de la région lombaire, pour vous demander ce que vous pensiez de sa situation et vous avez été d'avis, comme moi, qu'il n'y avait plus d'opération nouvelle à tenter. Depuis lors, il a toujours été en déclinant et il a succombé ces jours derniers. Voici le résumé de son histoire que je vous ai promis :

Cette affection a débuté au mois de juin 1877 et a fait de rapides progrès car, en septembre, la tumeur présentait déjà le volume d'une pomme de rainette.

La tumeur était fluctuante, mais présentait des adhérences aux parties profondes, car il était très difficile de la déplacer.

Quoique convaincu de la nature de la tumeur, nous fîmes une ponction et il en sortit un liquide chocolat, mais la tumeur ne disparut pas complètement. Le liquide se reproduisit en quelques heures et la tumeur sembla éprouver une suractivité de développement, après cette intervention; quelques jours ensuite, le 21 octobre 1877, nous enlevâmes la tumeur qui pesait environ 500 grammes et qui était formée de poches kystiques remplies de sang, couleur chocolat.

La plaie se referma rapidement, mais deux mois s'étaient à peine écoulés que la tumeur réapparaissait et, malgré des injections de chlorure de zinc, elle prit un développement très inquiétant; des hémorrhagies menaçaient la vie du malade et nous fîmes une seconde opération, le 18 juillet 1878. C'était toujours la même tumeur, formée de kystes multiples remplis d'un liquide chocolat et de quelques grumeaux de même couleur.

La plaie fut longue à se cicatriser et il survint des accidents très douloureux du côté de la vessie.

Trois mois après, la tumeur commençait à se reproduire, mais avec moins d'intensité et le malade put vaquer à ses occupations jusqu'en juin 1881, époque à laquelle nous tentâmes une nouvelle opération, et nous enlevâmes deux kilogrammes de substances morbides.

Examinée au microscope, la tumeur fut bien reconnue pour un carcinome. Mais elle se reproduisit dans la plaie même; les flèches de chlorure de zinc causaient une extrême douleur et nous tentâmes, le 23 novembre, d'enlever les bourgeons persistants, mais la tumeur avait de si profondes racines que nous arrivions sur les apophyses transverses des lombes et, qu'en allant plus en dehors, nous craignions d'entrer dans l'atmosphère graisseuse du rein, Nous laissâmes donc sciemment quelques portions de la tumeur dans cette dernière opération.

Elle repullula naturellement; nous en combattîmes le développement avec le thermocautère, avec les flèches au chlorure de zinc, mais sans succès. Je vous présentai alors le malade et, depuis, je me contentai de lier les parties exubérantes avec un lien de caoutchouc, resserré chaque jour, qui débarrassait le malade de ces masses incommodes et odorantes. Ces divers moyens empêchèrent les hémorrhagies de se produire, mais le malade s'affaiblit de plus en plus, devint dyspeptique et succomba au mois de janvier 1882.

M. Antonin Martin rapporte qu'il vient de perdre, il y a quatre jours, un malade qui était atteint de la même affection. Ce malade avait à l'aine un sarcome de la grosseur d'une tête de fœtus. Ce sarcome fut opéré trois fois par M. Félix Guyon; M. Martin proposa aussi, après une nouvelle récidive, les injections de chlorure de zinc : le malade est mort d'infection putride.

—

M. Durand-Fardel lit le rapport de la commission à propos de la déclaration obligatoire des fœtus et des embryons au-dessus et au-dessous de 4 mois. (Voyez l'Union Médicale des 16 et 20 avril 1882.)

Les conclusions de ce rapport sont votées et adoptées à l'unanimité.

M. Rougon : Votre Société s'est toujours préoccupée des questions professionnelles, elle a toujours lutté en faveur du respect du secret médical. En 1851, M. Boinet posait, devant elle, cette question : « A quel âge la déclaration d'un fœtus doit-elle être faite à l'officier de l'état civil? Cette déclaration est-elle obligatoire? » Et M. Deville insistait sur l'arbitraire extrême qui existait à propos de ces déclarations. De son côté, M. Duparcque revendiquait pour la Société de médecine de Paris, l'honneur d'avoir soulevé la première cette question de médecine légale, qu'il considérait comme très délicate, puisque dans nombre de cas, chez les filles et chez les femmes, il est impossible de faire la déclaration sans violer le secret professionnel. Le rapport de M. Durand-Fardel traite la question d'une manière complète. Je propose à la Société de voter des remercîments à l'honorable rapporteur, et de décider l'impression immédiate de son mémoire dont il sera fait un tirage à part.

Les propositions de M. Rougon sont adoptées à l'unanimité.

M. Mathelin : Je désirerais appeler l'attention de la Société sur un des motifs qui ont engagé l'autorité administrative à publier cette circulaire. Dernièrement je causais de cette question avec un médecin légiste qui m'indiquait ainsi les inconvénients de la manière d'agir quand il s'agit de se débarrasser d'un fœtus : Tous les ans, me disait-il, il y a 40 à 50 fœtus, qui sont trouvés par les vidangeurs dans les égouts ou les fosses d'aisances. Il s'ensuit pour chaque embryon un rapport du commissaire de police, une autopsie, etc., enfin une grande perte de temps. D'un autre côté, cette circulaire ne sera pas appliquée strictement et peut-être sera-t-elle lettre morte pour l'administration.

M. Durand-Fardel : Il est certain que le mode actuel de se débarrasser des embryons a beaucoup d'inconvénients; mais nous n'avons pas moins le devoir de combattre les termes de

la circulaire, termes qui sont inapplicables. Il peut se faire que cette circulaire soit laissée dans les cartons, mais nous ne devons pas moins protester; si un parquet n'applique pas la circulaire, un autre peut le faire. Il y a donc là, pour le médecin, un arbitraire qu'il ne peut admettre.

M. **Blondeau** : Il me paraît impossible de laisser passer cette circulaire sans protester, quelle que soit l'intention de l'administration au sujet de son application. Cette circulaire, entre les mains d'un maire peu intelligent, peut avoir de grands inconvénients.

M. **Forget** : Je crois que nous devons laisser de côté toute autre considération que celle-ci : la circulaire existe, nous devons la considérer comme un acte sérieux, sans nous occuper de ce qui sera fait quant à l'application. Il faut donc prendre cetre circulaire très sérieusement, la considérer comme pouvant être exécutée, et dès lors appuyer très énergiquement les conclusions de M. le rapporteur. Après les conclusions votées, rien n'empêche la Société de voir s'il ne serait pas nécessaire qu'elle fit une démarche auprès de l'autorité, soit pour l'éclairer, soit pour lui indiquer les points contestés de cette circulaire.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Dr **Delefosse.**

Quatrième congrès international d'hygiène. — *Exposition d'hygiène et de démographie ouverte à Genève du* 1er *au* 15 *septembre* 1882. — *Règlement.* — 1° A l'occasion du quatrième congrès international d'hygiène, une *Exposition* destinée à présenter aux savants, aux praticiens et au public les objets et les travaux de toute nature relatifs à l'hygiène et à la statistique de la population, s'ouvrira à Genève le 1er septembre 1882, et se clora le 15 du même mois.

Elle aura lieu dans les vastes et solides constructions des bâtiments militaires de Plainpalais.

2° Les auteurs, les inventeurs et les fabricants de toute nationalité sont invités à faire parvenir de suite et *au plus tard le* 15 *juillet*, leur demande de participation sur le formulaire ci-joint.

3° Les objets à exposer devront parvenir au local de l'exposition entre le 1er et le 15 août. Ils devront être précédés d'un avis de départ sur carte de correspondance postale.

4° Les frais de transport des objets jusqu'au local de l'Exposition et ceux de retour sont à la charge de l'exposant. Les compagnies de chemins de fer suisses, françaises et de la haute Italie accordent le retour gratuit sur leurs lignes.

5° Aucun objet ne pourra être retiré avant la fin de l'exposition.

6° L'installation et la réexpédition des objets, ainsi que leur assurance dans les bâtiments d'exposition se feront par les soins et au frais de la Commission d'exposition.

7° Pourront être admis à l'Exposition :

A. *Objets et modèles*. Procédés et appareils de chauffage, de ventilation, d'éclairage, de drainage, de vidange. — Matériaux de construction et de voirie. — Appareils et dispositions hygiéniques pour les ateliers, les fabriques et l'industrie en général. — Substances non dangereuses employées par l'industrie, les arts, la confiserie. — Mobilier scolaire. Meubles et ustensiles spéciaux pour les enfants. — Étoffes, vêtements, chaussures et coiffures hygiéniques. — Aliments et boissons. Appareils et ustensiles de préparation, de conservation et d'analyse. Filtres, réservoirs et conduites d'eau. — Substances, procédés et appareils pour la désinfection et la destruction des germes morbides. — Instruments de médecine et de chirurgie. Service sanitaire civil et militaire ; secours aux blessés. — Meubles et ustensiles pour malades. Matériel pour bains, douches, frictions, etc. — Instruments de physique, de chimie et de météorologie appliqués à l'hygiène. — Appareils de gymnastique, de natation et de sauvetage.

B. *Plans et dessins*. Logements hygiéniques. Habitations ouvrières, Écoles, Hôpitaux, Baraques, Lazarets. — Travaux d'assainissement. Procédés d'utilisation ou de transformation des substances nuisibles et des résidus de voirie. — Appareils pour crémation. Maisons mortuaires. Nécropoles.

C. *Imprimés, cartes et tableaux*. Livres et journaux d'hygiène et de climatologie. — Recueil de travaux des Conseils d'hygiène et autres institutions sanitaires. — Publications de démographie. Bulletins et tableaux statistiques. — Cartes, courbes et résumés cartographiques de tous les faits relatifs à l'hygiène, à la police sanitaire, aux épidémies et aux endémies, à la statistique vitale et mortuaire.

Pour le Comité d'organisation :

Le secrétaire général, P.-L. **Dunant**, Dr Prof.

Le gérant, **Richelot.**

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

ACTION COMPARÉE DE L'ACIDE PHÉNIQUE ET DU SALICYLATE DE SOUDE,

Par le docteur Henri DESPLATS,

Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Marie Lehai (thèse de Van Oge, p. 89), atteinte de fièvre typhoïde.

9 septembre. A 4 heures 15 minutes, 40°1. Lavement de 1 gr. d'acide phénique. — 4 h. 45, hyperémie, sueurs commençantes. — 5 h., 39°8. — 5 h. 30, 38°8. — 6 h., 38°4. — 6 h. 30, 37°8. — 7 h., frisson et ascension.

Variole au commencement de la période d'éruption.

Fille de 20 ans, enceinte de 6 mois. Début brusque le 3 février au soir. Depuis lors, les symptômes ordinaires, céphalalgie, douleurs lombaires et épigastriques, nausées, etc., ont été croisssant.

Le 7, apparition de taches rosées sur la figure et la poitrine.

A 4 heures 30 minutes. T. 40°5. P. 140. R. 46. Anxiété extrême. Céphalalgie violente. On donne : salicylate 3 gr. — 4 h. 45, 40°4. — 5 h., 39°9. P. 150. R. 48. Moiteur générale. La malade se sent mieux. — 5 h. 45, 39°3. P. 130. R. 48. — 6 h. 15, 39°2. P. 132. R. 44. La peau redevient sèche et la malade se couvre en disant qu'elle a un peu froid. L'allègement des douleurs persiste. — 6 h. 45, 39°4. P. 140. R. 46. La sensation de froid a disparu.

En résumé : température abaissée de 1°3 en 1 heure 3/4; au bout de ce temps, réascension de deux dixièmes seulement. Soulagement très rapide de la céphalalgie et des douleurs lombaires, persistant plusieurs heures. Sueurs marquées.

Dans les mêmes conditions l'acide phénique produit les mêmes effets :

Vandenlreden (Marie). Fille de 21 ans, fileuse, atteinte de variole. Le 22 septembre, elle a de la céphalalgie, de la rachialgie et des nausées. On découvre cinq ou six papules sur le front.

A 10 heures. T. 40°5. Lavement contenant 1 gr. d'acide phénique. — 10 h. 30, 40°2. Face rouge, sueurs légères. — 11 h., 38°6. La céphalalgie et les nausées ont disparu. — 11 h. 5, 38°8. Sensation de froid.

En une heure, abaissement 1°9. Disparition de tous les phénomènes pénibles. Ascension rapide après.

Accidents puerpéraux.

Florentine St..., fileuse, 21 ans.

Accouchement normal le 17 janvier. Reprise du travail le 2 février. A partir de ce moment, fièvre accompagnée de sueurs et douleurs dans les membres.

Le 6 février, signes de bronchite généralisée, douleurs dans l'épaule gauche et dans le mollet du même côté, qui est rouge et tuméfié. Fièvre. T. 39°6.

Le 7, à 1 heure 30 minutes. T. 40°. P. 128. 3 gr. de salicylate. — 2 h. 15, 39°6. Les sueurs commencent. — 2 h. 45, 38°9. Sueurs abondantes. — 3 h. 30, 38°4. Id. Les douleurs ont diminué. Ni bourdonnements ni nausées. — 4 h. 40, 37°8. — 5 h. 10, 37°8. — 5 h. 45. Sensation de froid, sans frisson. — 6 h. 15, 38°7. — 6 h. 35, 39°2.

Une dose de 3 grammes de salicylate a rapidement amendé les douleurs et abaissé la température de 2°2 en trois heures.

Le 8, à 2 heures 45 minutes. T. 40°4. 3 gr. de salicylate. — 3 h. 30, 40°2. Un peu de sueur. — 4 h. 10, 39°9, id. — 4 h. 25, 39°7, id. — 4 h. 35, 39°6. Les sueurs sont difficiles.

On donne encore 3 gr. de salicylate. — 5 h. 30, 38°9. — 6 h. 20, 38°8. Sueurs peu abondantes. — 6 h. 45, 38°6. — 9 h., 38°6. Légère moiteur.

L'effet fut moins sensible que le premier jour, mais cependant très net.

Pneumonie.

Le salicylate ne s'est pas montré moins actif dans les fébri-phlegmasies. Nous pourrions citer un plus grand nombre de faits, mais nous nous bornons aux deux suivants :

Hipo (Auguste), 49 ans. Il y a quatre jours, il fut pris de frisson et de toux. Au moment de son entrée à l'hôpital, il offrait tous les signes de la bronchite généralisée. Pendant la nuit, nouveau frisson, qui dura une heure, avec point de côté à droite. Le matin, quelques crachats rouillés; souffle et râles crépitants. Température : 48°8.

A 11 heures, 40°. On applique sept ventouses scarifiées. — 3 h. 15, 39°; 3 gr. de salicylate. — 3 h. 35, 39°. — 4 h. 30, 38°8. Un peu de moiteur. — 5 h., 38°7; 3 gr. de salicylate. 5 h. 40, 38°4. — 6 h. 10, 38°6. — 7 h., 38°6. — 9 h., 38°5.

Saint-Louis, n° 15. — Femme de 44 ans. Frisson le 5 février. Le 7, signes de pneumonie du sommet gauche. Température : 41°.

Le 8, à 8 heures, 39°9. — 11 h. 30, 40°. On administre 3 gr. de salicylate on l'on obtient les résultats suivants : 11 h. 40, 40°1. — 12 h. 30, 39°4. — 1 h. 45, 39°8. — 3 h. 30, 40°3.

9 février. A 8 heures, 40°7. — 11 h., 40°8; 4 gr. de salicylate. — 11 h. 30, 40°4; sueurs légères. — 12 h. 15, 39°6. — 1 h. 30, 40°1.

En une heure un quart la température avait été abaissée de 1°2, mais pour peu de temps.

Ces faits suffisent, nous semble-t-il, pour confirmer notre proposition : le salicylate de soude a, comme l'acide phénique, une action antipyrétique sûre, prompte et courte ; ils suffisent aussi pour expliquer le désaccord des divers auteurs, affirmant ou niant les propriétés antipyrétiques du salicylate et de l'acide salicylique. Ces propriétés sont incontestables; seulement, pour les constater, il ne faut pas quitter les malades, car elles sont très fugitives.

III

Comme le salicylate de soude, l'acide phénique a une action analgésique très nette.

Les chirurgiens ont plusieurs fois signalé l'action anesthésique ou analgésique de l'acide phénique appliqué sur les plaies; dernièrement même notre collègue, M. Guermonprez, a publié plusieurs faits montrant que cet agent employé en pulvérisations peut calmer des douleurs très vives et faciliter de petites opérations; mais ce n'est pas de cette analgésie que nous voulons parler, nous voulons nous occuper seulement de celle que procure l'administration à l'intérieur de ce médicament.

Elle est très nette déjà chez les fébricitants, quelle que soit la cause de leur fièvre. Presque toujours ils éprouvent de la céphalalgie, de la rachialgie, des malaises divers; aussitôt que la température s'abaisse, tous ces phénomènes s'atténuent et disparaissent même complètement. Le plus souvent ils se réveillent avec la fièvre. Chez les fébricitants, le salicylate de soude produit les mêmes effets, mais il a en outre une action spécifique sur les douleurs du rhumatisme; que celui-ci soit fébrile ou apyrétique, les douleurs qu'il provoque sont calmées, au moins temporairement, si l'on administre des doses suffisantes. Notre expérience nous permet de dire qu'avec l'acide phénique on obtient des résultats moins tranchés mais analogues. Bien des fois nous l'avons administré à des rhumatisants et avons pu le constater. Voici quelques-unes de nos observations.

Obs. — R... (Jules), 24 ans. Entré le 10 novembre 1880. Ce malade fut atteint, à l'âge de 9 ans, de tumeur blanche du genou gauche et amputé quatre ans après.

Le 3 novembre, il fut pris de fièvre et de douleurs vives dans le pied droit. Le lendemain, la fièvre persistait et les douleurs avaient gagné le genou. Le 7, elle s'étendaient aux épaules et les jours suivants aux membres supérieurs.

Le 10, la fièvre persistait (39°), les douleurs étaient généralisées, plusieurs articulations

tuméfiées et le premier bruit du cœur légèrement soufflant à la pointe. Pendant la nuit, les phénomènes s'aggravaient encore, et, le 11, il était très souffrant et avait 39°2. On lui prescrivit des lavements phéniqués.

A 2 heures, 39°2, douleurs vives. Lavement de 1 gr. — 3 h., 38°8, sueurs abondantes. — 3 h. 25, 38°6, les sueurs continuent; les douleurs diminuent. — 4 h., 38°. — 4 h. 30, 37°5, presque plus de sueurs; à peine quelques douleurs dans le genou. — 5 h. 30, 39°. — 8 h., 39°, le malade ne souffre plus que lorsqu'il remue.

Pendant cette première journée, les douleurs disparurent avec la fièvre, mais ne reparurent pas avec elle.

La nuit fut meilleure que les précédentes. La lendemain ce malade éprouvait encore quelques douleurs dans la main gauche, mais remuait facilement la jambe.

A 8 heures, 38°8. — A midi, 39°2. — 2 h., 39°2, douleurs aiguës dans le poignet gauche. Lavement de 1 gr. — 2 h. 40, moiteur. — 2 h. 45, 39°, sueurs abondantes. — 3 h., 38°8, même état. Lavement de 1 gr. — 3 h. 15, 38°5, sueurs très abondantes. Les douleurs diminuent. — 3 h. 30, 38°3, les sueurs continuent. Les douleurs diminuent toujours. — 3 h. 45, 38°2. — 4 h., 38°1. Lavement de 1 gr. — 5 h., 37°8. — 5 h. 15, 37°6, les sueurs continuent. Les douleurs ont complètement disparu. Le malade se trouve très bien. — 6 h., 37°7.

13 novembre. On donne encore de l'acide phénique, le malade éprouvant quelques douleurs.

14. Plus de douleurs, plus de traitement.

15. Id.

16. Quelques légères douleurs dans le poignet. Deux lavements de 0 g° 50 d'acide phénique.

17. Pas de traitement.

18. Douleurs beaucoup plus vives; 4 gram. d'acide phénique.

19. Douleurs très diminuées. Même traitement.

20. Plus de douleurs. Le traitement est suspendu.

Obs. — Cardon (Pierre), 15 ans. Malade depuis huit jours au moment de son entrée, le 23 novembre 1880.

Les articulations de la main droite et celles du pied droit sont douloureuses, tuméfiées et rouges. Fièvre modérée (38°2). Céphalalgie assez prononcée. Souffle à la pointe et au premier temps.

Le 24, l'état est le même. On donne quatre lavements phéniqués de 0 gr 50.

Le 25, il y a un mieux sensible : la rougeur, le gonflement et la douleur ont notablement diminué. La température est à 37°4. Le soir, elle remonte à 38°. Même traitement.

26. Matin, 37°6; soir, 37°4. Le gonflement, la rougeur et la douleur ont disparu.

27. La guérison est complète. Temp. 37°.

Pendant les jours suivants, la guérison se maintient, et le malade sort le 4 décembre.

Obs. — Planquart (Désiré), peintre, 35 ans. Ce malade, qui n'a jamais eu de rhumatisme, se donna une entorse il y a une quinzaine de jours; il éprouva des douleurs, eut du gonflement de l'articulation et une légère ecchymose au niveau de la malléole externe. Ces phénomènes, qui ne l'avaient pas empêché de marcher, avaient complètement disparu, lorsque le 16 novembre 1880 il fut pris de douleurs dans le gros orteil et le genou droits. Bientôt apparut un gonflement très marqué. On appliqua vainement un vésicatoire, de la teinture d'iode, etc., pendant que le malade gardait le repos. Rien n'y fit pendant plus de huit jours.

Le 23 novembre, il entra à l'hôpital éprouvant de vives douleurs dans le gros orteil et le genou droit. Celui-ci mesurait 38 centimètres, tandis que celui du côté opposé n'en avait que 30.

Le 24, on prescrivit un vésicatoire sur le genou et une pilule d'extrait thébaïque.

Le 25, le vésicatoire n'avait pas pris et les douleurs avaient cependant un peu diminué, le malade ayant bien dormi. Les dimensions du genou étaient les mêmes. Quatre lavements phéniqués de 0,50.

26. Les douleurs sont moindres.

27. Le malade dit ne plus souffrir.

29. Le gonflement a complètement disparu.

Pendant les jours qui suivirent, il eut quelques reprises de douleurs qui nécessitèrent le retour à l'acide phénique; cependant, le 5 décembre, il passait sa journée au chauffoir, et, le 10, il sortait complètement guéri.

Nous pourrions multiplier les exemples si les trois que nous venons de donner ne nous paraissaient suffisants pour établir, non que l'acide phénique est aussi

sûrement efficace contre le rhumatisme que le salicylate de soude et doit lui être substitué, mais qu'il a une action analogue (1).

(1) *Action antipyrétique de la résorcine.* — Depuis que ce travail est terminé, nous avons entrepris des expériences sur la résorcine, composé de la série aromatique, se rapprochant par plusieurs de ses propriétés du phénol, de l'acide phénique, du thymol, etc. Ce composé, étudié en Allemagne par Andaer ; en Suisse par Lichstein, de Berne ; en France par Dujardin-Beaumetz et Callias (*), a, d'après tous ces auteurs, des propriétés antiseptiques très nettes. Pour Lichstein, il abaisserait la température des fébricitants, surtout dans les cas de fièvre intermittente et de typhus abdominal léger. Cet abaissement ne persisterait qu'une heure ou deux ; aussi est-il nécessaire d'observer le malade d'une manière suivie, comme nous l'avons fait chez nos fébricitants phéniqués ou salicylés. C'est parce qu'ils ne se sont pas conformés à cette méthode, que Dujardin-Beaumetz et Callias n'ont pas obtenu les mêmes résultats que Lichstein. Nous-même avons toujours noté un abaissement de température, même dans les cas de phlegmasie.

Les faits que nous avons à citer, étant absolument semblables à ceux qui se trouvent dans le corps de notre travail, nous n'en citerons que deux :

X..., 40 ans. — *Fièvre typhoïde à la période d'état.*

11 mai, à 4 heures 55 minutes, 40° ; 2 gr. de résorcine. — 5 h. 10, 39°6, sueurs abondantes. — 5 h. 40, 39°3, id. — 5 h. 50, 39°1.

Ce jour-là, l'observation ne peut être continuée.

12 mai, à 4 heures 15 minutes, 40°2 ; 3 gr. de résorcine. — 4 h. 30, un peu d'excitation cérébrale ; respiration accélérée. — 4 h. 45, 40°, excitation disparue ; sueurs. — 4 h. 45, 39°3, id. — 5 h. 15, 38°7, id. ; bien être. — 5 h. 30, 38°7, plus de sueurs. — 5 h. 45, 38°8, plus de sueurs. — 6 h., 38°8, id.

B..., 24 ans. — *Fièvre typhoïde à la période d'état.* — 12 mai, à 4 heures 15 minutes, 40°6, 2 gr. résorcine. — 4 h. 30, 40°, sueurs. — 4 h. 45, 39°7, id. — 5 h., 39°5, id. — 5 h. 15, 39°2, id. — 5 h. 45, 39°1.

13 mai, à 4 h. 15, 40°8, 2 gr. 50 résorcine. — 4 h. 30, 41°8, moiteur. — 5 h., 39°6, sueurs. — 5 h. 15, 39°4. — 6 h., 39°4.

On peut donc dire que, pour ses propriétés antipyrétiques, la résorcine est comparable à l'acide phénique et à l'acide salicylique. Elle a sur ces composés deux avantages : sa grande solubilité (89 p. 100) et l'absence d'odeur et de goût. Il ne lui manque plus que d'être dans le commerce courant pour devenir un médicament d'un usage usuel, car son prix est relativement peu élevé. Il nous a paru que l'action de la résorcine était plus prompte et moins prolongée que celle de l'acide phénique.

(*) Voir *Bull. gén. de thérap.* 1881 et *Journal des sciences médicales de Lille*, 5 mai 1881.
E. Schmitt.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 mai 1882 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

TOULOUSE. — M. BONNEMAISON.

« Pendant le premier trimestre de 1882, l'hiver a été d'une douceur extraordinaire, mais a présenté des oscillations assez considérables de température, allant parfois de 5 à 18 degrés pendant le jour.

Aussi la constitution médicale s'est-elle montrée constamment bénigne, conservant le type catarhal, fluxionnaire, habituel dans nos climats. Les affections des voies respiratoires ont prédominé choisissant, comme toujours, les victimes parmi les enfants et surtout les vieillards et les tuberculeux. Mais aucune d'elles n'a revêtu de caractère particulier ou de gravité spéciale.

Les fièvres éruptives ont été souvent constatées ; mais toujours les rougeoles, les scarlatines,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 11, 25 juin, 9 et 32 juillet.

les oreillons, les varicelles, se sont montrées bénignes et sans complications dangereuses. Il n'a pas été signalé de cas de variole.

La diphtérie pharyngo-laryngée, qui décidement s'acclimate chez nous, a sévi sur de nombreux enfants, et a fait 3 victimes en janvier, 3 en février et 7 en mars. Toutefois la mortalité n'a pas été considérable, et l'on a pu voir des cas de guérison se produire plus fréquemment que d'habitude, surtout après la trachéotomie.

Il y a eu quelques cas d'affection puerpérale mortelle; mais sans qu'on puisse indiquer une véritable tendance épidémique.

La fièvre typhoïde seule, a fait exception à la règle accoutumée. Au lieu de disparaître en hiver, elle a continué de sévir, faisant 5 victimes en janvier, 16 en février et 15 en mars. Aucune cause ne saurait expliquer cette recrudescence inusitée; revêtant presque toujours la forme ataxo-adynamique, elle a frappé surtout des adolescents qui ont succombé ordinairement du septième au dixième jour. Rien n'y a fait et toutes les médications, antiseptiques ou non, se sont montrées impuissantes. »

AMBULANCE D'ELLÈS (Tunisie). — M. BURLUREAU.

« Notre état sanitaire est absolument parfait. En janvier, j'ai encore eu à l'ambulance 8 cas de fièvre typhoïde, dont 2 graves, mais tous ont guéri; en février, 2 dont 1 fort grave; en mars, 1 seul bénin. L'effectif de la garnison d'Ellès est de 650 hommes. Au Kef, l'ambulance est presque vide, il y a plus d'infirmiers que de malades. Je dois ajouter en toute sincérité que les moyens de traitement ne font pas défaut et que rien ne manque à nos malades.

J'ai aussi vu énormément d'Arabes, en moyenne 20 nouveaux par jour, j'ai recueilli quelques observations très intéressantes, desquelles il résulte que les maladies du centre de la Tunisie sont absolument les mêmes que celles que l'on voit à Paris.

De nombreux cas de syphilis. J'ai noté en particulier la rapidité avec laquelle se produisaient les perforations du voile du palais; j'en ai vu survenir après trois mois à partir du début du chancre initial.

J'ai vu plusieurs cas de diabète, dont un paraît nettement lié à la cachexie palustre. Le diabète est fréquent du côté de Gabès, de Djerba, c'est ce qui explique pourquoi les Arabes de ces régions mangent des *chiens*; ils n'ont pas d'autre viande à aussi bon prix, et les médecins de ces pays savent comme nous l'importance du régime animal dans le diabète.

J'ai vu une cataracte diabétique chez un homme de 30 ans; c'est même l'existence de la cataracte survenant chez un aussi jeune homme qui a attiré mon attention sur le diabète.

J'ai soigné un épileptique, et le bromure a donné chez lui les résultats qu'il donne en France.

J'ai soigné une femme atteinte de *folie puerpérale*.

Je n'ai pas vu de paralysies générales. maladie qui m'intéresse d'une façon toute spéciale.

J'ai vu 2 cas d'ataxie locomotrice, 1 cas de tabes spasmodique, plusieurs myélites diffuses généralisées, 1 cas d'atrophie musculaire progressive.

La scrofule n'est pas inconnue ici, et la tuberculose pulmonaire se rencontre, mais rarement; je n'ai vu que 3 cas.

La teigne est très fréquente chez les enfants; elle est le plus souvent dissimulée par un eczéma chronique du cuir chevelu, et ce n'est qu'après avoir fait tomber les croûtes que l'on peut constater les godets.

Le psoriasis guttata non syphilitique, l'eczéma du scrotum, etc., se rencontrent comme à Paris.

L'anémie est très fréquente, elle est le plus souvent due à la sotte habitude qu'ont les Arabes de se faire tirer du sang au moyen de ventouses scarifiées appliquées sur la tête; j'en ai vu un qui se faisait mettre quatre ou cinq ventouses tous les deux jours pour des maux de tête qui étaient précisément en rapport avec son anémie.

Bref, je crois qu'en cherchant bien on rencontrerait ici toutes les maladies qu'on voit en France, sauf celles qui dérivent de l'alcoolisme, et par contre il n'y a pas de maladies propres au pays.

BIBLIOTHÈQUE

ŒUVRES RÉUNIES DE J. LISTER, traduction du docteur G. BORGINON. — A. Delahaye et E. Lecrosnier; Paris, 1882.

C'est une bonne fortune que d'avoir entre les mains un volume où se trouvent réunis tous les travaux de Lister relatifs à la chirurgie antiseptique; car il peut se faire que des chirur-

giens français ignorent encore aujourd'hui la langue anglaise, et, pour ceux mêmes qui la savent, il est fort utile de trouver ces travaux condensés et groupés par ordre chronologique, au lieu d'avoir à les chercher çà et là dans les recueils où ils ont paru.

Le professeur Lister a revu lui-même les six cents pages de cette traduction. Aussi avons-nous la certitude de trouver dans le livre du docteur Borginon l'expression fidèle des idées du chirurgien anglais. Ceci n'a pas une minime importance; car tous ceux qui ont pris, depuis quelques années, l'habitude de la méthode antiseptique, savent qu'ils n'ont réussi qu'après un apprentissage plus ou moins long, et sont en mesure d'affirmer que leurs collègues, devenus ou restés ennemis du *Lister* après l'avoir essayé, ont été abusés sur la valeur de la méthode nouvelle par une connaissance incomplète ou une application défectueuse de ses principes. Deux grandes causes, en effet, empêchent encore beaucoup de chirurgiens français d'obtenir les résultats typiques du pansement de Lister, et je parle ici des chirurgiens les mieux disposés, par leur âge et la nature de leur esprit, à reconnaître l'excellence de la méthode : c'est d'une part l'impossibilité presque absolue d'en remplir exactement les conditions dans les hôpitaux de Paris, avec l'administration, les gens de service, le matériel qu'on y trouve. Mais c'est aussi, d'autre part, la négligence que la plupart d'entre nous ont apportée dans l'étude détaillée et consciencieuse des manœuvres listériennes. Et je ne parle pas de l'anti sepsie et de la propreté, grands principes que presque tout le monde accueille avec faveur e conviction; mais je fais allusion aux détails du pansement, aux raisons physiologiques qui les motivent, à la manière dont il faut comprendre aujourd'hui l'évolution normale d'une plaie et les manœuvres qui lui sont applicables. Sans doute on n'est pas forcé d'admettre aveuglément et sans réserve toutes les idées théoriques de Lister sur le rôle des germes, les conditions de formation de pus, etc. Mais, d'une façon générale, tous les actes qu'il recommande ayant été motivés par le désir constant de perfectionner la méthode, et presque toujours légitimés par de nouveaux succès obtenus, par une plus grande certitude dans les résultats, ces actes mériteraient à coup sûr d'être étudiés par nous avec une entière bonne foi, d'être bien compris dans tous leurs détails et imités, pour ainsi dire, avec abnégation. Malheureusement, nous sommes trop pressés; trop souvent nous croyons avoir fait un pansement de Lister, parce que nous avons pratiqué la pulvérisation, appliqué du protective et du makintosh. Nous sommes contents de nous-mêmes quand nous avons placé des tubes de caoutchouc, non comme le fait Lister, mais comme le faisait Chassaignac; nous pensons au drainage, mais nous semblons ignorer qu'il a, suivant le *modus faciendi*, des résultats très divers. Nous sommes fiers surtout quand nous avons inondé une plaie d'acide phénique, sans avoir jamais songé au mode d'action des injections phéniquées ni à leurs indications précises. Puis nous sommes stupéfaits quand la plaie suppure malgre tout, et nous déclarons que les résultats du lister n'ont rien qui puisse nous surprendre.

Dans le présent volume, le lecteur ne trouvera pas un plan d'ensemble, mais une série de publications réunies dans l'ordre chronologique. Cet ordre permet de suivre pas à pas le créateur du système antiseptique dans l'évolution de ses idées et dans la voie de ses découvertes. Ce chemin une fois parcouru laisse dans la mémoire des traces ineffaçables. Chaque perfectionnement est rattaché à quelques cas chirurgicaux intéressants qui sont à la fois des exemples de son application et des preuves de sa valeur.

Le docteur Borginon s'est efforcé de rendre les pensées et même le style de l'auteur avec toute la fidélité possible. Nous devons le remercier de son inspiration heureuse et le féliciter du résultat obtenu.

L.-G. R.

MANUEL DE CHIRURGIE ANTISEPTIQUE, par MAC-CORMAC, traduit par A. LUTAUD, Germer-Baillière et Cᵉ, Paris, 1882.

Ce livre de 350 pages est excellent à consulter pour tout chirurgien qui veut se mettre au courant de la méthode antiseptique.

L'auteur se renferme dans « le plan de Lister, y comprenant les modifications émanant des mêmes théories et principes ». Dans un aperçu général de la méthode, au commencement du livre, il montre avec beaucoup de raison que les statistiques sont difficiles à consulter et souvent peu concluantes; mais il remplace les chiffres par quelques phrases empreintes de bon sens, et que nous tenons à citer : « On peut arriver à une importante déduction, à savoir que ceux qui ont employé la méthode de Lister, à peu d'exceptions près, l'ont trouvée bonne... C'est là un point plus important et qui a plus de valeur que les simples statistiques, qui varient énormément. J'arrive à conclure, comme beaucoup d'autres, qu'une certaine méthode de traitement est préférable, parce que les résultats que j'obtiens sont meilleurs que ceux auxquels j'arrivais précédemment, attendu que beaucoup de cas, qui m'auraient autrefois causé de grandes inquiétudes, ne m'en inspirent plus aucune. Je puis pratiquer des opérations que

je n'aurais osé tenter, et cela avec une confiance absolue dans le résultat. Enfin, mes malades guérissent plus facilement, plus rapidement et plus sûrement. »

Un autre passage mérite d'être cité, parce qu'il montre qu'on n'a pas à craindre de trouver dans ce livre les principes d'une chirurgie étroite et systématique : « Je dirai que je reconnais de la façon la plus complète que le soin et le pansement d'une blessure ne sont qu'une partie du devoir du chirurgien. Il est d'autres obligations importantes dont la négligence entraînerait le manque de réussite. »

L'auteur donne une nouvelle preuve de sagesse dans le jugement qu'il porte sur la théorie des germes : « Cette théorie, dit-il, convient et explique la plupart des faits. Nous pouvons sans hésiter l'accepter avec une certaine réserve scientifique, jusqu'à ce qu'une autre meilleure théorie soit connue. » Ce n'est pas là, comme on le voit, l'absolutisme de certains chirurgiens, qui croient la méthode liée fatalement, non-seulement à la doctrine de la septicémie, mais aussi à la théorie de Pasteur.

Quatre chapitres composent cet ouvrage : I. Introduction et aperçu général de la méthode; II. La théorie antiseptique ; III. Du matériel antiseptique ; IV. De la pratique antiseptique. Les résultats de la méthode sont exposés en détail dans les abcès, les fractures compliquées, l'ostéotomie, les hernies, l'ovariotomie, les amputations, etc. Enfin, un appendice très intéressant contient une longue discussion de la Société médico-chirurgicale de Londres, où la méthode listérienne, discutée par MM. Bryant, Macnamara, Spencer Wells, Smith, Holmes, Lister, James Paget, Mac-Cormac, etc., a été mise en lumière dans d'importants discours. — L.-G. R.

MÉDECINE LÉGALE

DES RÈGLES QUI DOIVENT GUIDER LES EXPERTS DANS LES RECHERCHES TOXICOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGALES (1).

Le ministre de la justice d'Italie avait provoqué la réunion d'une commission dans le but d'étudier les questions relatives aux empoisonnements, d'établir les meilleurs procédés et les règles à suivre par les juges d'instruction et par les experts pour la recherche des substances toxiques dans les cadavres.

Cette commission fut instituée le 11 avril 1880. Parmi ses conclusions, il est utile de signaler les suivantes qui viennent de recevoir la sanction d'un décret royal.

Il est de la plus grande importance, dans le cas où on soupçonne un empoisonnement, de réunir rapidement et soigneusement tous les faits cliniques qui ont précédé la mort. Les renseignements sont à ce moment plus faciles à obtenir, et on a moins à redouter les dépositions contradictoires ou les faux témoignages. Le juge doit s'entourer d'experts qui méritent toute confiance parmi ceux qui possèdent les diplômes de docteur en médecine ou en chirurgie.

Relativement aux recherches médico-légales, l'Instruction ministérielle recommande aux experts de procéder de la manière suivante :

1° On doit faire l'inspection et l'autopsie du corps le plus tôt possible après la mort ; ouvrir non-seulement les cavités thoracique, abdominale et crânienne, mais examiner aussi la cavité vertébrale. On notera avec soin l'état des viscères, des tissus divers, du sang, et on les examinera, s'il est nécessaire, au moyen du microscope.

2° Les viscères et les portions de tissus qu'on devra soumettre à l'examen chimique seront enfermés dans des bocaux hermétiquement clos, n'ayant jamais servi. Le liquide conservateur ne devra pas être autre qu'un mélange d'eau et d'alcool.

3° La quantité d'alcool sera être suffisante pour recouvrir complètement les viscères ou les tissus placés dans les flacons. De plus, on devra faire usage de l'alcool pur après l'avoir distillé de nouveau avant de l'employer. Un demi-litre au moins de ce liquide sera mis à part dans un premier bocal pour servir au contrôle.

4° On devra placer dans un second bocal le cerveau et la moelle épinière, et, dans un troisième, les poumons, le cœur, la rate, les reins et la vessie préalablement vidée de son contenu. On recueillera, dans ce même vase, le sang des cavités du cœur et des gros vaisseaux; on y adjoindra les liquides de la cavité thoracique. L'urine sera conservée séparément.

5° Après l'application des ligatures nécessaires, l'estomac et les intestins grêles seront retirés de l'abdomen et incisés. Leur contenu sera extrait et enfermé avec ces viscères dans un même vase. On devra préalablement examiner les altérations pathologiques qu'ils peuvent pré-

(1) *Revista sperimentale di Fenetriana et di Med. legale*, 1881.

senter. Enfin, on placera dans un vase les matières qu'on aura pu retirer de la cavité abdominale.

6° On répétera ces mêmes opérations sur le gros intestin et pour son contenu. Dans d'autres vases, on placera le foie, des fragments de muscles, de tissu adipeux et de peau.

S'il existe des blessures, des fistules, des plaies produites par des vésicatoires, ou d'autres agents et ayant pu donner entrée aux substances toxiques, on isolera ces tissus et on les conservera. Il en sera de même des muqueuses de la bouche, du pharynx et de l'œsophage.

7° Dans les cas d'exhumation, on devra recueillir avec soin des échantillons de la terre qui entoure le cercueil ou des fragments de celui-ci.

8° Enfin, il est recommandé à l'expert, dans la préparation des tissus qu'il doit soumettre à des macérations, de faire des incisions nombreuses sur les muscles et les viscères avant de les plonger dans l'alcool, de façon à faciliter la pénétration de ce liquide et son imbibition dans les tissus.

Ces *Instructions* n'ont peut-être pas le mérite de la nouveauté, mais elles ne sont pas sans intérêt, au moment où la réforme du Code d'instruction criminelle va introduire, en France, l'usage des contre-expertises. Pour que celles-ci soient fructueuses, il serait important qu'un règlement d'administration imposât aux médecins commis par le tribunal ou la défense une marche uniforme à suivre dans les expertises toxicologiques et les recherches médico-légales.

Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juillet 1882. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentation de malade : Amputation sous-astragalienne et amputation ostéo-plastique du pied. — Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées. — Appareil pour la transfusion du sang.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la présentation d'un malade à qui M. Le Fort a pratiqué l'amputation ostéo-plastique du pied, M. Desprès met sous les yeux de ses collègues un malade auquel il a pratiqué l'amputation sous-astragalienne pour une brûlure profonde qui obligeait le malade à garder le lit depuis un an. La cicatrisation s'est faite en 49 jours.

En comparant, au point de vue du rétablissement fonctionnel du membre, les résultats de l'opération de M. Le Fort et les résultats de l'amputation sous-astragalienne, M. Desprès ne peut s'empêcher de reconnaître que les premiers sont supérieurs aux seconds, bien que l'opération sous-astragalienne qu'il a pratiquée sur son malade, puisse être citée comme un remarquable exemple de succès. Il conclut donc que l'opération de M. Le Fort est préférable à l'amputation sous-astragalienne, en ce qu'elle donne de meilleurs résultats pour la marche.

M. Trélat ne pense pas qu'il y ait lieu de comparer l'amputation sous-astragalienne à l'amputation ostéo-plastique du pied, ces deux opérations ayant leurs indications particulières. Du reste, il existe entre les divers procédés d'amputations partielles du pied : amputation de Choppart, amputation sous-astragalienne, procédé de M. Pirogoff, procédé de M. Léon Le Fort, procédé de M. Sayre, des nuances si délicates qu'il est parfois difficile de se prononcer sur leur valeur relative. M. Trélat dit avoir fait trois amputations par la méthode de Choppart, qui lui ont donné de bons résultats.

M. Léon Le Fort n'est point partisan de l'amputation de Choppart. En France, on ne fait guère l'opération de M. Pirogoff, et on donne généralement la préférence à l'amputation sous-astragalienne; cependant, il est plus d'une circonstance où l'amputation ostéo-plastique est plus particulièrement indiquée et donne de meilleurs résultats.

— A l'occasion de la présentation faite, dans la dernière séance, par M. Desprès, d'une malade guérie d'un kyste de l'ovaire après trois ponctions et deux injections iodées, M. Trélat dit qu'il pense, d'après les quelques renseignements donnés par M. Desprès, qu'il s'agissait d'un de ces kystes à liquide limpide, pauvre en albumine, qui guérissent généralement par une simple ponction ou bien par deux ou trois ponctions sans injection iodée. Il n'est donc pas étonnant que la malade de M. Desprès, atteinte d'un kyste de ce genre, ait guéri après trois ponctions et deux injections iodées, car elle eut très probablement guéri sans injection.

Il est probable encore une fois qu'il s'agissait là d'un kyste du *parovarium*, genre de kystes dont la science a enregistré déjà bon nombre d'exemples, kystes à liquide séreux,

citrin, pauvre en albumine, ou exempt d'albumine, spontanément guérissable après une seule et simple ponction.

M. Lucas-Championnière dit que M. Desprès, en revenant au traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées et en se faisant le champion de ce mode de traitement, essaie de faire rétrograder la chirurgie de vingt ans en arrière, et ce retour vers le passé n'a pas même pour excuse l'innocuité du moyen proposé. L'injection iodée est, en effet, beaucoup plus dangereuse que l'ovariotomie et ne doit être substituée à celle-ci que lorsque des adhérences enveloppant le kyste en totalité rendent absolument impossible l'extirpation de la tumeur.

M. Léon Le Fort ne croit pas que M. Lucas-Championnière soit autorisé à présenter les injections iodées comme plus dangereuses que l'ovariotomie. Sans doute on pourait soutenir cette thèse si l'on s'en rapportait aux statistiques des résultats des injections iodées telles qu'on les faisait il y a vingt ans, alors qu'on les appliquait à toutes les espèces de kystes. Mais aujourd'hui les chirurgiens n'ont pas les éléments nécessaires pour juger cette question, aucune étude comparative n'ayant été faite entre les deux méthodes.

Pour sa part, M. Léon Le Fort est très éloigné d'admettre l'ovariotomie dans les cas de kyste uniloculaire à contenu séreux pour lesquels la ponction simple peut suffire. Il se rappelle que, remplaçant Denonvilliers à l'hôpital de la Charité, en 1861, alors que l'ovariotomie venait d'être tout nouvellement importée en France, il fut mis en demeure par une sage-femme atteinte de kyste de l'ovaire, de lui pratiquer l'ovariotomie, cette femme lui ayant entendu dire que la ponction n'était qu'une opération palliative ayant l'inconvénient de provoquer des adhérences. Il répondit à la malade que cela dépendait des résultats de la ponction exploratrice qu'il allait préalablement lui pratiquer, et que si cette ponction montrait qu'il s'agissait d'un kyste uniloculaire à contenu séreux, il n'y aurait pas lieu de pratiquer l'ovariotomie.

La ponction fut pratiquée et donna issue à 20 litres environ d'un liquide clair, citrin, qui ne se reproduisit pas. La malade quitta l'hôpital et revint un an après amenant à M. Le Fort une de ses amies qui était également atteinte de kyste de l'ovaire. M. Le Fort put s'assurer que la seule ponction avait suffi pour la guérison complète du kyste. Cet exemple prouve qu'étant donné un kyste uniloculaire à contenu séreux, le chirurgien doit se tenir tranquille et ne recourir à l'injection iodée ou à l'opération de l'ovariotomie que si la tumeur vient à se reproduire après une ou deux ponctions.

M. Trélat ne va pas aussi loin que M. Lucas-Championnière et ne saurait admetre qu'il faut enlever un kyste toutes les fois que l'ablation est possible. Il va sans dire que lorqu'il a affaire à ces genres de kystes dont la repullulation est fatale, le chirurgien a pour devoir de pratiquer l'extirpation. Mais lorsque le kyste présente exceptionnellement des conditions telles que la guérison spontanée est possible, le chirurgien qui opérerait dans ces conditions ferait montre d'un zèle opératoire excessif.

Le kyste de la malade de M. Desprès appartient à la catégorie des kystes du parovarium qui guérissent par simple ponction. Quand on a affaire à des kystes de ce genre, il faut commencer par la ponction simple et attendre; s'il y a récidive, on fait une nouvelle ponction suivie ou non d'injection iodée et l'on n'a recours à l'ovariotomie que si la récidive se produit avec persistance.

M. Duplay partage entièrement l'avis de MM. Léon Le Fort et Trélat relativement à la nature du kyste chez la malade de M. Desprès. La malade aurait certainement guéri par la ponction la plus simple du monde, même par une ponction avec une simple aiguille aspiratrice.

M. Duplay possède une série de dix cas qu'il se propose de publier prochainement et qui ont tous guéri par une simple ponction, presque une ponction exploratrice.

Lorsque, dans des cas semblables, après avoir vidé le kyste par la ponction, il se produit une récidive, il faut faire une ponction nouvelle, et si une seconde récidive a lieu, on peut alors, suivant l'exemple de M. Desprès, recourir, comme dernière ressource, à l'injection iodée.

M. Duplay partage, d'ailleurs, à l'endroit des injections iodées, la manière de voir de M. Lucas-Championnière. Il pense que les injections iodées peuvent être dangereuses, et il cite en témoignage deux cas dans lesquels il a pratiqué ces injections pour des kystes de l'ovaire qui ont guéri, il est vrai, mais après des accidents redoutables très vraisemblement dus à ce mode de traitement, si bien que M. Duplay croirait devoir, en pareil cas, pratiquer de préférence l'ovariotomie. Mais quand on a réussi à diagnostiquer, soit avant soit après la ponction, un kyste du ligament large, du parovarium, M. Duplay n'irait pas aussi loin que M. Lucas-Championnière, et ne se croirait pas obligé de faire l'ovariotomie pour un cas semblable, justiciable le plus souvent d'une simple ponction.

M. Terrier pense comme ses précédents collègues que M. Desprès n'a eu affaire qu'à un kyste parovarien, uniloculaire, à contenu séreux, mais le diagnostic de ces sortes de kystes n'est pas toujours facile. Il est arrivé plus d'une fois que l'on a cru avoir affaire à un kyste uniloculaire, en se basant sur le volume énorme du kyste, la quantité du liquide et son aspect citrin, et cependant il s'est produit, au bout de six mois ou un an, une sorte de végétation du kyste qui a nécessité une nouvelle opération.

Dans le cas de kyste parovarien bien diagnostiqué, M. Terrier partage la manière de voir de MM. Duplay, Trélat, Léon Le Fort, au sujet de la simple ponction. Elle suffit le plus souvent, et le kyste ne se reproduit pas. M. Terrier a traité de la sorte avec son collègue M. Nicaise, il y a quatre ans, une femme dont le kyste est resté guéri depuis cette époque. Une autre femme qu'il a traitée de la même manière a éprouvé une récidive, et alors M. Terrier a cru devoir pratiquer l'ovariotomie plutôt que l'injection iodée qui, suivant lui, peut avoir les plus graves conséquences. Jamais après les opérations d'ovariotomie qu'il a pratiquées, M. Terrier n'a vu le thermomètre monter à 39°, comme chez la malade de M. Desprès traitée par les injections iodées.

M. Lucas-Championnière ne croit pas qu'il soit aussi facile qu'on l'a dit de diagnostiquer la nature du kyste auquel on a affaire. En matière de kyste de l'ovaire, ce n'est que quand on a ouvert le ventre et que l'ont tient le kyste dans la main que l'on peut asseoir définitivement le diagnostic. Quant aux injections iodées, malgré ce qui en a été dit par quelques-uns de ses collègues, M. Lucas-Championnière persiste à considérer cette méthode comme beaucoup plus dangereuse que l'ovariotomie. Les faits cités par M. Léon Le Fort et par M. Duplay de kystes guéris par une simple ponction sont des cas exceptionnels. Dans deux cas opérés conjointement avec M. Terrier, M. Lucas-Championnière a dû enlever le parovarium et l'ovaire. Il est préférable de beaucoup, suivant lui, d'employer les moyens radicaux. Le chirurgien placé en présence d'un kyste qui persiste, après la simple ponction, doit en pratiquer l'ablation, quand elle est possible, et sans retard. Les statistiques montrent que l'ovariotomie, quand il n'existe pas beaucoup d'adhérences, ne donne pas plus de 1 pour 100 de mortalité.

M. Verneuil dit que la discussion porte sur deux questions : 1° les injections iodées; 2° l'ovariotomie. En ce qui concerne les injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire, M. Verneuil n'est pas très partisan de ce mode de traitement. Il préfère, comme M. Le Fort, commencer par la simple ponction. Dans un cas tout à fait analogue à celui de M. Le Fort, il a, en 1865, sur une femme qui avait un kyste énorme à contenu séreux très limpide, pratiqué une simple ponction suivie de guérison complète, si bien qu'un ou deux ans après son opérée lui amena un beau jour une de ses amies pour qu'il lui fît la même opération. Cette seconde malade guérit également de son kyste, duquel la ponction fit sortir un liquide exactement pareil à celui de la première observation. Dans des cas semblables, M. Verneuil ne ferait donc pas d'injection iodée, mais une simple ponction. S'il y avait récidive, il ferait une deuxième ponction, mais il ne pratiquerait pas d'emblée l'ovariotomie, attendant pour cela qu'il y ait une seconde récidive.

M. Trélat déclare être complètement d'accord avec MM. Verneuil, Le Fort et Duplay au sujet de la possibilité de la guérison d'un certain nombre de kystes de l'ovaire par la ponction. M. Panas communiquait, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, plusieurs faits analogues à ceux qui viennent d'être cités dans la discussion. Il n'y a donc pas de doute à ce sujet. M. Trélat ne saurait, en conséquence, être complètement d'accord avec M. Lucas-Championnière qui veut, dans tous les cas, pratiquer l'ovariotomie. M. Trélat admet l'ovariotomie dans les kystes de l'ovaire proprement dits, qui sont de beaucoup les plus fréquents, tandis que ceux du parovarium sont relativement rares. Or, comme dans ces kystes du parovarium il a été observé quelques cas de récidive persistante, le devoir du chirurgien lui paraît être tout tracé. Il doit pratiquer la ponction, puis attendre; si la récidive a lieu une fois, deux fois, trois fois, il pourra recourir à l'ovariotomie.

M. Duplay fait observer que les kystes du parovarium ne sont pas si exceptionnels qu'on a l'air de le croire. Il en existe un grand nombre d'exemples dans la science, et, pour sa part, M. Duplay en a recueilli un certain nombre qu'il se propose de publier prochainement. C'est, d'après lui, une maladie assez commune et qu'il est possible de diagnostiquer même sans recourir à la ponction.

Quant à l'ovariotomie appliquée à ces kystes du ligament large ou parovarium, M. Duplay n'admet pas que cette opération soit aussi bénigne que le dit M. Lucas-Championnière. Au contraire, ces kystes non pédiculés lui paraissent présenter une certaine gravité opératoire, et avoir même une mortalité plus grande que celle des kystes de l'ovaire proprement dits.

M. Lucas-Championnière ne pense pas qu'il faille ainsi raisonner sur des faits exception-

nels, comme ceux qui viennent d'être cités, de kystes ayant guéri par la simple ponction. Quant un chirurgien comme M. Verneuil, dont la pratique est si étendue, déclare n'en avoir observé que deux cas dans tout le cours de sa carrière, il faut que ces faits soient bien rares. On pourrait tout aussi bien soutenir que des kystes de l'ovaire guérissent spontanément, sans ponction; M. Lucas-Championnière se rappelle avoir observé un cas de ce genre dans le service de Broca. Ce chirurgien se proposait d'enlever un kyste énorme à une femme de son service; l'opération, pour une raison ou pour une autre, fut retardée et pendant ce laps de temps le liquide se résorba d'une manière complète.

Pour en revenir au point en discussion, M. Lucas-Championnière considère les kystes du parovarium comme peu fréquents et l'extirpation de ces tumeurs comme beaucoup moins grave que l'injection iodée.

M. Després répondant aux observations dont sa malade a été l'objet, dit que cette femme avait été ponctionnée une première fois en province, avant de venir à Paris, et que le liquide s'était reproduit. Entrée dans le service de M. Després un an après cette première ponction, elle y a été ponctionnée une seconde fois, à la recommandation de M. Laboulbène qu'elle était venue consulter à Paris et qui avait demandé à M. Després de traiter cette malade par les injections iodées. Cette seconde ponction suivie d'une injection iodée faite suivant la formule de M. Boinet n'ayant pas donné de résultat, M. Després fit un mois après, c'est-à-dire au mois de septembre 1881, une troisième ponction qui donna issue à 22 litres de liquide séreux, et il la fit suivre d'une injection avec de la teinture d'iode pure qui presque toute entière fut lancée dans le kyste. Après l'évacuation du liquide, le palper abdominal avait montré à M. Després que les parois du kyste étaient très épaisses; le liquide mis en contact avec la teinture d'iode s'était coagulé comme un liquide albumineux. A partir de l'injection d'iode pure le kyste demeura quelque temps stationnaire, puis il diminua peu à peu de volume et finit par disparaître.

M. Després se croit autorisé à dire, après six mois d'attente sans récidive, que la malade est aujourd'hui complètement guérie. Du reste, il s'engage à montrer sa malade à la Société de chirurgie tous les six mois.

M. Després ajoute qu'il existe dans la science dix ou douze observations de kystes de l'ovaire qui ont été guéris par ce moyen. Il s'agit de déterminer quels sont les cas où cette méthode est particulièrement applicable. L'ovariotomie expose les malades à la mort, et il convient de reconnaître, comme l'a très justement dit M. Lucas-Championnière, que le diagnostic de l'espèce de kyste à laquelle on a affaire est difficile et ne peut guère être fait que lorsqu'on a la tumeur sous les yeux, après l'ouverture du ventre.

Sans doute la ponction simple peut suffire dans les cas de kystes à liquide limpide, et M. Després a obtenu en 1873 une guérison d'un kyste de ce genre par simple ponction; mais il y a des exemples de kystes ponctionnés deux, trois et quatre fois et qui ont récidivé; c'est dans ces cas que l'injection iodée mérite d'être essayée. Mais il faudrait rechercher quels sont les kystes auxquels cette méthode convient. M. Després pense que ce sont surtout les kystes à contenu citrin et à parois épaisses, analogues aux hydrocèles.

M. Terrier fait remarquer qu'il est possible d'établir un diagnostic différentiel exact entre les kystes du parovarium et ceux de l'ovaire, sans recourir à la ponction. Les symptômes de ces deux ordres de kystes sont complètement différents. MM. Malassez et de Sinéty ont signalé dans le liquide des kystes de l'ovaire proprement dit des cellules épithéliales qui manquent dans le liquide des kystes du parovarium.

Quant à la gravité de l'ovariotomie comparée à celle des injections iodées, M. Terrier déclare qu'à son avis elle est égale et qu'il n'existe pas de différence notable entre les deux méthodes à ce point de vue.

M. Pozzi dit que l'injection iodée expose à des récidives, comme la ponction simple. Il a fait dans les salles de la maternité de l'hôpital Cochin plusieurs opérations d'ovariotomie pour des kystes uniloculaires traités déjà par la ponction. Or, dans tous les cas, l'examen anatomique a permis de constater dans les parois de la poche enlevée l'existence de kystes accessoires, à divers degrés de développement, lesquels kystes auraient indubitablement augmenté de volume, après l'injection iodée, comme après la ponction simple, et reproduit la tumeur. Il n'y aurait eu, en conséquence, après de telles opérations, qu'une guérison provisoire. Seule l'ovariotomie paraît mettre les malades a l'abri de la récidive par l'extirpation radicale de la tumeur dans son entier, kyste principal et kystes accessoires.

M. Marc Sée pense, contrairement à l'opinion émise par M. Després, que l'injection iodée, si elle était admise dans les traitements des kystes de l'ovaire, ne conviendrait pas dans les

cas de kystes à parois épaisses, car ces injections ne réussissent généralement pas dans les hydrocèles à parois épaisses auxquels M. Desprès compare les kystes ovariques.

En ce qui concerne les petits kystes signalés par M. Pozzi sur les parois des tumeurs ovariques qu'il a enlevées, M. Marc Sée fait remarquer que la présence de ces kystes n'implique pas nécessairement leur développement ultérieur si, au lieu de pratiquer l'ovariotomie, on se fût borné à pratiquer la ponction simple ou les injections iodées. On constate souvent, en effet, à l'autopsie de vieilles femmes, l'existence, sur les parois de l'ovaire, de petits kystes semblables qui ne se sont pas développés.

— M. le docteur Roussel (de Genève) lit une note relative à un perfectionnement qu'il a introduit dans son appareil pour la tranfusion du sang. — A. T.

FORMULAIRE

Masque contre la variole. — Schwimmer.

Acide phénique	5	grammes.
Huile d'olives	40	—
Amidon très pur	40	—

Mêlez pour faire une pâte molle ; ou bien :

Thymol	2	grammes.
Craie en poudre	60	—
Huile de lin	40	—

Mêlez. — On découpe un masque dans de la toile très souple, en ménageant des ouvertures pour les yeux, le nez et la bouche, puis on enduit la toile avec l'un ou l'autre des mélanges, et on applique avec soin sur la face. On la renouvelle toute les douze heures. Des compresses enduites de la même manière sont disposées sur les mains, et sur les portions du visage auxquelles le masque ne s'adapte pas exactement. — N. G.

COURRIER

Hommage a la mémoire du docteur Henri Blatin. — Les Congrès internationaux des Sociétés protectrices des animaux ont émis des vœux tendant à ce qu'un monument commémoratif fût élevé au docteur Blatin, mort à Paris en 1869.

En 1880, les membres du Congrès de Bruxelles demandèrent qu'un buste, destiné à perpétuer le souvenir du docteur Blatin, fût exécuté dans le plus bref délai. Il a été décidé qu'une souscription internationale serait ouverte, afin de réunir les sommes nécessaires à l'exécution de ce buste.

En conséquence, la Société de Paris adresse un chaleureux appel à toutes les Sociétés protectrices des deux mondes; elle les convie à une œuvre ayant pour but de perpétuer le souvenir d'un homme qui, par sa parole, par ses écrits et par ses actes personnels, a contribué pour une très large part à propager en France les doctrines favorables aux animaux. La souscription est ouverte au siège de la Société protectrice de Paris, 84, rue de Grenelle-Saint-Germain. La liste des souscripteurs sera publiée dans le bulletin de la Société.

L'Union Médicale s'associe volontiers à cet appel, car le docteur Blatin était un homme de bien et de dévouement. Elle s'y associe, à la condition expresse que cet acte ne sera considéré à aucun titre comme une adhésion aux doctrines antivivisectionnistes, et aux écarts de sentiment qui trop souvent détournent de leur véritable but les entreprises les plus recommandables.

Nous recevrons aux Bureaux du Journal les sommes qu'on voudrait faire parvenir par notre intermédiaire à la Société protectrice de Paris.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 28 juillet 1882.

Ordre du jour : M. Gouguenheim : Granulose miliaire du pharynx. — M. Roussel : De la transfusion. — Communication de MM. Ferrand et Damaschino. — M. Robin : Sur le delirium tremens. — MM. Hallopeau et Tuffier : Sur un cas d'érythème exfoliant généralisé survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 25 juillet 1882. — La pilocarpine, employée contre la rage, n'a pas fait merveille comme autrefois les chassepots ; les témoignages s'accumulent contre l'espérance qu'elle avait fait naître. Aujourd'hui, c'est M. Bouley qui présente un fragment osseux provenant d'un cheval enragé ; cet animal s'est brisé la mâchoire dans un accès furieux, quoiqu'il fût sous l'influence de la pilocarpine. On peut en déduire que l'agent « n'a pas été, dans ce cas, absolument sédatif. »

Le malade présenté à l'Académie par M. Léon Labbé est certainement un bel exemple de chirurgie opératoire. Il s'agit d'un de ces épithéliomas qui envahissent l'amygdale, le voile du palais, le pharynx, le plancher de la bouche, et qui, par leur étendue et leur profondeur, sont bien près d'être inaccessibles. L'extirpation d'une pareille tumeur, quand elle est matériellement possible, ne peut être faite qu'après une « opération préliminaire » qui donne accès dans la profondeur des cavités de la face, et qui permette d'aborder les régions envahies avec la chance de ne pas blesser d'organes essentiels et d'enlever le mal en totalité. C'est ce qu'a fait M. Labbé, plus hardiment qu'on ne le fait en général, en pratiquant, à titre d'opération préliminaire, non pas seulement la section des parties molles, ou la division du maxillaire inférieur sur la ligne médiane, mais la *résection* complète de la moitié de cet os.

L'habile chirurgien avait déjà tenu la même conduite à l'hôpital Lariboisière, et s'en était bien trouvé ; mais son malade n'avait pas survécu. Celui-ci, au contraire, est heureusement guéri, toutes réserves faites quant à la récidive probable du cancer. L'orateur a beaucoup insisté sur la facilité extrême de l'acte opératoire après la résection du maxillaire, et sur la sécurité avec laquelle on peut circonscrire le mal et faire une ablation aussi large que le demande une chirurgie prudente.

Nous qui ne sommes pas d'aveugles imitateurs des audaces d'outre-Rhin, nous avons peu de goût en général pour ces grands délabrements opératoires à la suite desquels les malades dépérissent et meurent presque toujours, sans cause bien visible, alors même que l'opération a pleinement réussi. Mais s'il nous est souvent permis d'abdiquer en présence d'une pareille situation et de résultats aussi précaires, il y a des cas où les malades et leur famille nous pressent d'agir, s'accrochent à nous comme à une dernière espérance, et où le chirurgien a non-seulement le droit, mais le devoir de se rappeler qu'une opération heureuse peut, dans ces conditions mêmes, procurer une survie plus ou moins longue, un soulagement qui donne l'illusion de la santé, souvent enfin une mort moins affreuse.

Telle est la doctrine que défendaient récemment, à la Société de chirurgie, les plus sages de nos maîtres. Nous félicitons M. Labbé d'avoir enfermé dans ces limites la hardiesse du chirurgien, comparant notre intervention à celle du médecin qui s'efforce de prolonger la vie d'un phthisique et de rendre ses derniers jours tolérables.

Un dernier point mérite l'attention. « Si j'ai perdu mon opéré de Lariboisière, dit l'orateur, c'est qu'il s'est infecté et n'a pu se nourrir. » De là le conseil d'user de l'alimentation artificielle par la sonde œsophagienne ou le tube de Faucher ; cette méthode, que de récents faits cliniques ont mise fort en honneur, nous paraît être une des conditions sans lesquelles il n'est plus permis d'aborder les opérations de ce genre.

A la suite des présentations, vient une lecture fort intéressante et très écoutée de

M. Parrot sur « la nourricerie de l'hospice des Enfants assistés. » Après une relation des diverses tentatives qui ont été faites jusqu'ici pour nourrir artificiellement les enfants abandonnés, l'auteur nous fait connaître les résultats qu'il a obtenus depuis un an dans la nourricerie qu'il dirige. Après quelques tâtonnements, il a pu se convaincre que le lait d'ânesse est très supérieur à celui de la chèvre, et surtout à celui de la vache, comme aliment des nouveau-nés. Déjà M. Tarnier avait dit, au commencement de la séance, en présentant un ouvrage, que, si l'allaitement artificiel donne des résultats déplorables, il faut en accuser l'ignorance complète avec laquelle on le dirige, et notamment l'habitude de faire prendre aux enfants un lait « beaucoup trop fort. » Au début de la vie, le lait d'ânesse est le meilleur, et beaucoup plus tard celui de la vache, convenablement coupé.

La note de M. Parrot est un chaud plaidoyer en faveur du lait d'ânesse, dont la composition est très analogue à celle du lait de femme, et dont l'usage, dans des conditions et avec un *modus faciendi* bien déterminés, lui a donné des résultats fort encourageants pour l'avenir. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE, LA SURALIMENTATION ET L'EMPLOI DES POUDRES ALIMENTAIRES;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 14 avril 1882,

Par le Dr M. Debove, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Dans un mémoire antérieur nous avons étudié l'alimentation forcée (1); nous comprenions sous ce nom une alimentation exagérée faite par la sonde œsophagienne.

M. Mesnet a critiqué l'expression et proposé celle d'alimentation artificielle qui ne correspond pas absolument à notre pensée. Alimentation forcée, dans notre premier travail, ne voulait pas dire que nous alimentions les malades de force, mais que nous forcions les doses, que nous dépassions notablement la ration normale. Il nous paraît utile d'employer les deux mots alimentation artificielle et suralimentation qui évitent tout équivoque.

L'alimentation artificielle est l'alimentation par la sonde œsophagienne.

La suralimentation est l'alimentation par des doses considérables d'aliments, ce qui, selon nous, ne peut être obtenu régulièrement que par l'emploi de la sonde.

L'alimentation artificielle rend des services considérables dans les cas d'anorexie ou de vomissements incoercibles.

L'anorexie n'est pas dans les maladies un phénomène banal, c'est une complication bien fâcheuse qui affaiblit le sujet, et le livre, pour ainsi dire, sans défense à la maladie. Elle est souvent la cause du mal, elle l'a précédé, lui a préparé un terrain favorable, et le mal existant, elle contribue à l'entretenir. Il est fréquent d'observer des hystériques prises d'un dégoût de tout aliment, ne pouvant ingérer que des quantités illusoires de nourriture, malgré les conseils du médecin et de leur entourage, malgré leurs propres efforts. Nous avons déjà vu plusieurs de ces malades mourir ainsi d'inanition. L'année dernière, nous étions consulté par la famille d'une jeune fille, âgée de 18 ans, qui prenait à peine quelques grammes d'aliments en 24 heures et cela depuis plusieurs mois. Elle était arrivée à un état squelettique sans qu'aucun organe fut spécialement lésé. Il nous parut indiqué de conseiller l'alimentation artificielle, les parents furent effrayés par le cathétérisme œsophagien et nos vives instances ne purent modifier leurs idées. La jeune malade continua à ne point manger et deux mois plus tard, elle se plaignit un matin de faiblesse plus grande que d'habitude, de vertiges, elle fut prise de syncope, et mou-

(1) Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée. (*Union médicale* et *Société médicale des hôpitaux*, novembre 1881.)

rut en quelques instants, sans souffrance, et si vous permettez cette comparaison banale, elle s'éteignit, comme s'éteint une lampe qui manque d'huile.

D'autres fois, les choses se passent un peu différemment, l'anorexie jette les malades dans un état de débilité profonde, extrêmement favorable au développement de la tuberculose. Nous avons observé, il y a peu d'années, une hystérique ne pouvant prendre aucune nourriture, qui maigrit, se cachectisa rapidement, puis survînt une tuberculose qui évolua avec une extrême rapidité.

L'anorexie n'est pas un phénomène spécial aux hystériques, elle peut s'observer chez un grand nombre de sujets, elle prépare le terrain à diverses maladies et notamment à la tuberculose. Si elle n'est pas absolue, si l'alimentation est seulement insuffisante, la relation de cause à effet frappe moins le médecin, nous connaissons nombre de tuberculoses qui reconnaissent cette origine. Ces faits n'ont pas échappé aux auteurs, mais il les ont interprêtés d'une manière différente. On croit que la maladie générale encore latente a causé l'anorexie; souvent, selon nous, il faut admettre la pathogénie inverse.

Il est donc nécessaire de surveiller avec soin l'appétit des malades, d'insister pour leur faire surmonter le dégoût que leur inspire la nourriture, et si cette répugnance était insurmontable, il faut recourir à l'alimentation artificielle.

Cette méthode thérapeutique trouve encore son application dans les cas de vomissements assez répétés pour menacer le malade d'inanition ou tout au moins pour altérer profondément son état général. Il survient parfois, chez les hystériques, des vomissements dits nerveux dont la pathogénie est bien obscure; chez les phthisiques, il survient également des vomissements attribués (à tort, selon nous) à une cause mécanique, à la compression exercée sur l'estomac par le diaphragme lors des accès de toux; l'une et l'autre espèce de vomissements sont ordinairement justiciables de l'alimentation artificielle.

Il paraît absolument paradoxal que des malades vomissent ce qu'ils mangent et ne vomissent pas les aliments introduits par la sonde. Depuis que nous avons signalé ces faits, plusieurs de nos collègues les ont déjà vérifiés, et il est facile de concevoir leur haute importance thérapeutique. Il est bien difficile de donner une explication de phénomènes aussi en désaccord avec les théories actuelles du vomissement. Dans notre travail sur l'alimentation forcée des phthisiques, nous avons supposé que le dégoût qui accompagne l'ingestion des aliments trouble les phénomènes digestifs et devient une cause de vomissements. Nous avons rappelé l'exemple de certains malades qui vomissent certains médicaments et ne les vomissent plus lorsqu'on leur donne une forme moins répugnante, lorsqu'on les prescrit en capsules, par exemple. Nous avons donné cette théorie faute d'en pouvoir fournir une plus plausible; mais, dans nombre de cas, elle est évidemment insuffisante.

La suralimentation est différente de l'alimentation artificielle : dans l'une on se propose de nourrir un malade et de prévenir ainsi les suites fâcheuses de l'anorexie ou des vomissements; dans l'autre, on se propose d'introduire dans l'économie des quantités considérables d'aliments, d'augmenter les combustions organiques et de modifier pour ainsi dire le milieu intérieur du malade.

Nous avons employé la suralimentation avec succès dans divers états pathologiques, et notamment chez des sujets affaiblis et cachectiques, nous avons pu rapidement modifier d'une façon heureuse leur état général. Cette méthode nous a donné, dans le traitement de la phthisie, d'heureux résultats consignés déjà dans notre premier mémoire, résultats qui ne se sont point démentis, qui nous paraissent devoir être exposés avec détail, et, pour cela, nous dirons d'abord ce que sont devenus les malades dont l'histoire est déjà rapportée.

Notre premier malade était un phthisique (le nommé Katté) arrivé à une période avancée de sa maladie, et paraissant devoir succomber prochainement. Il vomissait tout ce qu'il essayait de manger, avait des sueurs profuses, une expectoration abondante (140 grammes en 24 heures), était d'une faiblesse telle qu'il avait dû renoncer à quitter le lit. On entendait aux deux som-

mets du poumon des bruits caverneux accompagnés de gros râles muqueux. Il faut noter cependant que les bases des deux poumons respiraient assez bien. Sous l'influence de l'alimentation artificielle puis de la suralimentation, les sueurs cessèrent, l'expectoration fut réduite à un ou deux crachats en vingt-quatre heures. Les signes physiques furent modifiés considérablement, le souffle caverneux persista seul, les râles humides disparurent. Le 1[er] janvier, c'est-à-dire trois mois après le début du traitement, le malade avait augmenté de 7 kilog., allait, venait et même travaillait une grande partie de la journée, et c'était un sujet d'étonnement pour les médecins qui venaient nous voir, de constater de vastes cavernes chez un sujet qui présentait les apparences extérieures de la santé.

Dans les premiers jours de janvier, notre malade nous supplia de ne pas l'enfermer à l'hôpital, de le laisser sortir quelques heures. Nous cédâmes à ses instances; le lendemain, il ne pouvait plus uriner. Il nous avoua que pendant les quelques heures passées hors de l'hôpital, il s'était livré, sans modération, aux plaisirs de l'amour, ce qui n'était probablement pas sans influence sur l'accident actuel. On dut appeler un chirurgien pour le sonder; il fut fait nous ne savons quel traumatisme de l'urèthre, mais, quinze jours plus tard, notre homme succombait, après avoir présenté tous les signes d'une infection purulente. Nous trouvâmes à l'autopsie, en arrière de l'urèthre, dans sa portion membraneuse, un abcès du volume d'une petite noix; il y avait un abcès volumineux du mollet droit, un autre sous le grand pectoral droit, une broncho-pneumonie récente et généralisée, des lésions articulaires, etc. En un mot, il ne reste aucun doute sur le diagnostic infection purulente; mais sa pathogénie est obscure; il est certain que l'abcès de l'urèthre en a été le point de départ, mais cet abcès a-t-il été lui-même la cause de la rétention d'urine ou bien est-il l'effet de traumatismes produits par le cathétère; c'est là un problème qui nous parut fort difficile à résoudre.

Les poumons, outre les lésions de broncho-pneumonie récente, présentaient des granulations tuberculeuses et de vastes cavernes. Celles-ci étaient en grande partie affaissées, couvertes de bourgeons charnus et absolument en voie de cicatrisation.

Notre second malade (le nommé Saint-Remy) était couché depuis cinq mois, lorsque nous avons commencé le traitement. Aujourd'hui, il ne tousse plus, ne crache plus, ses forces sont revenues. Il se considérait comme guéri et demandait son exéat. Mais, jugeant que de pareils malades doivent être longtemps surveillés, nous lui avons procuré une place d'infirmier dans notre service; il travaille toute la journée et ne ressent aucune fatigue. Nous le suralimentons en lui faisant prendre le matin une forte alimentation par la sonde; il fait ses autres repas à la table des gens de service.

Notre troisième malade (le nommé Perraud) était dans des circonstances si désavantageuses que, dans notre mémoire, nous prédisions sa mort prochaine. Malgré l'alimentation, il perdait 50 grammes par jour; au bout de quelque temps, les sueurs, la diarrhée cessèrent; le sommeil et l'appétit revinrent. Le malade, se sentant soulagé, demanda qu'on cessât le traitement, affirmant que son appétit était revenu et que, désormais, il mangerait bien seul. Nous accédâmes à sa demande, sachant bien que tous nos efforts retarderaient sa mort d'un temps bien court. A dater de cette époque, il diminua tous les jours de plus de 100 grammes et finit par succomber.

En pareille circonstance la suralimentation peut, tout au plus, prolonger l'existence d'un malade. A l'autopsie des phthisiques, nous sommes toujours frappés de l'étendue des lésions pulmonaires; elles sont ordinairement plus considérables que nous le supposions pendant la vie, et nous sommes étonnés que les malades aient pu respirer pendant les derniers jours de leur existence. De pareilles lésions sont et seront toujours incurables. Encore faut-il pour obtenir un résultat que, les poumons une fois cicatrisés, leurs produits caséeux éliminés, il reste une surface respiratoire suffisante. Si à cette période, au lieu de lésions tuberculeuses, on avait des lésions syphilitiques, on ne saurait obtenir la guérison par l'iodure de potassium. Faudrait-il conclure que ce médicament n'agit pas d'une façon efficace?

A notre connaissance, plusieurs médecins ont essayé notre méthode dans des cas où elle devait évidemment échouer. On a traité des malades qui sont morts quatre

ou cinq jours plus tard, ou des malades suffoquant par le fait d'un pneumo-thorax. L'insuccès pouvait être prévu. Faut-il en conclure que notre méthode est applicable seulement au début de la phthisie pulmonaire? Evidemment non, puisque des malades qui avaient des cavernes ont pu être remis sur pied; le point important est l'étendue de la lésion et non son intensité sur un point déterminé. Quel que soit l'état des sommets, si les deux tiers inférieurs du poumon respirent encore d'une façon suffisante, on a beaucoup de chances de succès.

Depuis le moment où nous avons publié notre premier mémoire, nous avons traité heureusement plusieurs malades, dont nous rapporterons brièvement les observations; elles seront, à la fin de l'année, publiées *in extenso* par nos internes.

André avait eu des hémoptysies abondantes, expectorait 35 grammes de crachats purulents; il lui était impossible de se lever une heure; aujourd'hui, il ne tousse plus, ne crache plus, dort bien, n'a plus de sueurs, travaille toute la journée. Les gros râles humides des sommets du poumon sont remplacés par des bruits secs que l'on peut comparer à un froissement.

Everard était un infirmier du service du docteur Bourneville; il était dans un état déplorable lors de son entrée à l'infirmerie; il était d'une faiblesse extrême, avait des sueurs profuses, des hémoptysies, des craquements humides aux deux sommets, expectorait, par vingt-quatre heures, 200 grammes de crachats purulents, aujourd'hui, il ne tousse plus, ne crache plus, les forces sont revenues; le malade travaille toute la journée. L'auscultation du sommet du poumon permet d'entendre seulement une sorte de bruit sec, assez difficile à définir. Nous avons pris, pour ce malade, une précaution que nous prendrons désormais. Nous l'avons fait photographier avant son traitement. Et les médecins qui nous font l'honneur de nous visiter dans notre service, peuvent comparer l'état antérieur du malade à son état actuel. — Augmentation de poids, 10 kilog.

Metzger est un jeune alsacien qui, à la suite d'une pneumonie aiguë non résolue, eut une sorte de pneumonie caséeuse. Dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, il persista un souffle tubaire intense; le malade était pâle, affaibli, et, depuis plusieurs semaines, il expectorait 140 grammes de crachats purulents. Sous l'influence de la suralimentation, tous les phénomènes locaux et généraux disparurent, l'engraissement fut de 16 kilog. en deux mois. Ce malade est depuis trois mois infirmier dans notre service, il est d'une santé florissante. Nous ne donnons point ce cas comme un type de tuberculose, mais il n'en est pas moins du plus haut intérêt.

Carjat est un malade que nous avions autrefois traité avec succès par les lavages de l'estomac, alors qu'il souffrait d'un ulcère simple. Nous l'avions perdu de vue depuis un an; il est rentré dans notre service, amaigri, digérant mal, n'ayant point d'appétit, il avait une caverne du sommet droit. Il était devenu tuberculeux par alimentation insuffisante. La difficulté de traiter un pareil malade était bien grande, puisqu'il fallait suralimenter un homme dont l'estomac digérait très mal, nous y avons réussi grâce à l'emploi de nos poudres de viande dont nous parlerons plus loin, et, aujourd'hui, il est en bonne voie de guérison.

On pourra nous objecter que nos faits ne sont pas en nombre suffisant, mais nous sommes à Bicêtre à la tête d'un service de vieillards et d'infirmes qui ne constituait pas un champ d'observation bien favorable à l'étude de la tuberculose; nous allons pouvoir l'étendre, étant aujourd'hui autorisés par l'administration de l'Assistance publique à recevoir de la ville un certain nombre de phthisiques.

Nous croyons cependant nos faits assez nombreux pour nous permettre de conclure que sous l'influence de la suralimentation :

1° Les sueurs cessent.

2° La toux et l'expectoration diminuent, puis disparaissent.

3° Les malades augmentent de poids.

4° Les forces reviennent.

5° Les signes physiques se modifient. Les signes dus à des indurations pulmonaires ou à des cavités subsistent, ceux qui tiennent aux sécrétions pulmonaires disparaissent.

(La fin à un prochain numéro.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

S'il est un problème gros de difficultés, hérissé d'obstacles et quelquefois même, on doit le confesser, de préjugés ou de mauvais vouloir, c'est assurément celui de l'organisation du traitement à domicile. Il faut bien croire, en entendant de tous côtés de nombreuses réclamations, que la solution n'est pas encore trouvée et que, selon le proverbe, tout n'est pas encore pour le mieux, dans les meilleurs bureaux de bienfaisance possibles. Entre l'optimisme habituel de ceux qui ne veulent rien faire et le dénigrement de parti pris des réformateurs de profession, il est, à mon avis, des conseils qui devraient être suivis.

Tels sont ceux qui émanent du corps médical; c'est-à-dire des personnes qui par leur position sociale sont indépendantes, par leurs connaissances spéciales possèdent la compétence et par leur dévouement ont des intérêts directs au bien du service. A ce point de vue, la brochure récente (1) que vient de publier M. Commenge, l'un des vétérans de la médecine de bienfaisance, est un document dont la lecture sera instructive.

Le mémoire de notre honorable confrère montre bien que nous ne sommes pas d'inconsolables Alcestes, à l'esprit chagrin, lorsque nous réclamons des améliorations toujours promises et jamais exécutées. Il prouve aussi que là, ou comme dans le IVe arrondissement, on rencontre des administrateurs aussi zélés qu'intelligents, il devient facile de réaliser des réformes devenues de plus en plus urgentes.

Et d'abord pour se rendre compte de l'importance du service médical du traitement à domicile, empruntons quelques chiffres de la statistique de la morbidité dans la population indigente du IVe arrondiseement.

En 1879, M. Commenge et ses collègues ont donné leurs soins à 3,060 malades. Sur ce nombre, 1,314 étaient des indigents inscrits et secourus par les bureaux de bienfaisance, c'est-à-dire pensionnaires habituels de l'Assistance publique. Un autre groupe de 1,152 malades etait formé de nécessiteux ayant recours occasionnellement à la charité publique : ce sont les demi-pensionnaires des bureaux de bienfaisance. Pour assurer le traitement de ces deux catégories de malades, **7,064** visites ont été faites. Mais ce n'est pas tout. Les médecins ont encore donné **17,137** consultations dans les maisons de secours. Vous lisez bien, dix-sept mille cent-trente-sept consultations aux malades qui sont les externes de ce pensionnat de charité, qui a nom l'Administration de l'Assistance publique. Le total est donc de : 24,201 visites ou consultations demandées aux médecins de l'arrondissement qui en sont, on peut avec raison dire les véritables saint Vincent de Paul! Et les vaccinations que M. le docteur Commenge a oublié d'énumérer, mais dont le nombre est plus considérable encore!

Prenez votre *Annuaire* de l'UNION MÉDICALE pour l'année 1879, et si vous êtes quelque peu mathématicien, vous calculerez que chacun de ces douze confrères a dû faire plus de 2,016 visites ou consultations. Mais ce n'est pas tout encore. Le docteur Commenge, qui connaît la comptabilité administrative et ses subtilités, nous démontre que ces chiffres sont encore inexacts. Ils indiquent seulement les consultations des malades inscrits, c'est-à-dire recevant une ordonnance sur papier jaune et les médicaments gratuitement. Mais les autres consultants, et certes ils sont nombreux dans les maisons de secours, reçoivent des ordonnances sur papier blanc et ne sont pas portés sur les registres des bureaux de bienfaisance. De là, cette conclusion de gens malavisés, dit-on : En matière administrative, les potions comptent beaucoup, et les conseils médicaux trop peu pour en tenir même une simple statistique. D'ailleurs, les chiffres complétés seraient tellement élevés qu'ils deviendraient la terreur des jeune postulants aux postes médicaux de charité.

Nous n'entrerons pas dans les discussions aigres-douces, qui dernièrement ont eu cours entre l'un de nos confrères de la Presse médicale et un certain conseiller municipal, officier de santé. Mais nous n'en constaterons pas moins qu'il faut posséder un singulier sentiment de la justice distributive pour trouver que de tels services sont assez rémunérés avec une indemnité de 1,000 francs par an dans les quartiers du centre, et de 1,200 francs dans les arrondissements périphériques. Est-il donc beaucoup de nos édiles qui consentiraient à braver les épidémies, à devenir pour le moins emphysémateux ou asthmatiques avant l'âge, en gravissant chaque jour d'innombrables escaliers et finalement à recevoir pour récompense l'ingratitude des malades et une indemnité quotidienne de 2 francs 70 à 3 francs 30 centimes.

N'allez pas croire que dans ces modestes conditions le médecin a le droit de faire de la médecine suivant sa conscience et de mettre en œuvre tous les moyens curatifs dont dispose

(1) *Du traitement à domicile dans le IVe arrondissement de Paris pendant l'année* 1879, par M. le docteur Commenge. Paris, 1882; Germer-Baillière.

la science : Allons donc! Défense d'employer certains médicaments, obligation sévère de se conformer à un formulaire, ancien de plusieurs années et dont la révision n'est rien moins qu'urgente !

Le docteur Commenge nous avoue, qu'un jour, naïvement, avec confiance et simplicité, il s'en est allé trouver le directeur de l'Assistance publique et lui demander la réforme de ce formulaire. Eh bien, il attend encore qu'on tienne compte de ses réclamations dont tous les médecins de bienfaisance ont depuis longtemps démontré la nécessité.

Il est un autre terrain sur lequel nous ne suivrons cependant pas le docteur Commenge. La terreur des malades pour l'hôpital n'est pas aussi grande que l'auteur paraît le croire dans son estimable mémoire. Nous qui sommes désintéressé dans la question, nous qu'on n'accusera pas de réclamer pour *domo nostra*, nous ne partageons pas cet attendrissement. Nous ne sommes donc pas touché par ce plaidoyer un peu larmoyant en faveur du traitement à domicile contre les horreurs de l'hospitalisation. Après tout, il s'agit peut-être là d'une question d'optique. Notre point de vue n'est pas le même que celui de notre confrère.

Nous ne distinguons sans doute pas tous les inconvénients de l'hôpital de cet œil dont M. le docteur Commenge admire les avantages du traitement à domicile. Et puis, pourquoi ce procès aux médecins et aux chirurgiens du Bureau central? S'ils refusent parfois les malades des Bureaux de bienfaisance, sont-ils donc toujours de grands coupables? Ne faudrait-il pas imputer ces refus au déficit de lits et l'insuffisance de nos hôpitaux parisiens? Pourquoi donc accorder aux médecins des Bureaux de bienfaisance le droit de faire admettre les malades directement dans les hôpitaux? Vraiment, c'est un peu faire bon marché des chefs de service des hôpitaux et des médecins du Bureau central.

Relativement à la possibilité de donner des secours immédiats aux malades indigents du traitement à domicile, nous sommes de l'avis du docteur Commenge. chaque médecin devrait posséder quelques bons et les distribuer, s'il y avait lieu, dès sa première visite. C'est une cruelle ironie de donner à des hommes sérieux le droit de prescrire de la limonade à des estomacs délabrés et de leur refuser la possibilité de donner d'urgence des aliments à des affamés qui ont besoin surtout du pain et de la viande.

Nous voyons avec satisfaction le docteur Commenge approuver les conclusions des articles relatifs au mode de recrutement des médecins de bienfaisance, qui ont été publiés dans l'UNION MÉDICALE du 17 janvier et du 16 février 1882. Le maintien du *statu quo*, c'est-à-dire du mode de nomination par voie électorale est actuellement le seul raisonnable et le seul légal. Raisons suffisantes assurément pour qu'on s'efforce d'y apporter des modifications!

En tout cas, en cette matière, les pouvoirs publics se font une singulière idée des médecins et de la loi de 1849. Au lieu de s'adresser au Corps médical électoral, pour lui demander avis, dans la commission du 4 mai 1880, ils ont fait appel à des personnes honorables certainement, mais très peu intéressées au bon fonctionnement de cette organisation. Singulier moyen d'arriver à une solution équitable et durable! En matière politique, les hommes d'état font profession de consulter le suffrage universel ou l'opinion, chaque fois qu'il est nécessaire de le faire. Dans le cas actuel, on met les intéressés de côté; procédé trop simple de résoudre les difficultés! Si le peuple français est émancipé, vraiment le Corps médical ne l'est pas encore.

A moins, ce qui serait possible, que la commission elle-même ne soit pas écoutée. Après l'avoir consultée, on préférera peut-être le projet d'un fameux officier de santé, édile parisien par occasion. Les indigents eux-mêmes *éliraient* alors les médecins des Bureaux de bienfaisance. Son adoption serait un comble, me direz-vous? Oui, assurément. Elle serait surtout le comble du bonheur pour les hâbleurs de place publique, les charlatans diplômés et les industriels associés à certains pharmaciens, c'est-à-dire à tous les exploiteurs de rue, de cabinet, d'arrière-boutique et de réunion électorale!

M'est avis en résumé que la meilleure organisation de la médecine des pauvres sera toujours celle que Pierre Bernard préconisait dans la *Physiologie du malade* : c'est-à-dire celle dans laquelle « le médecin honnête et digne de la confiance publique aura le droit d'écrire au « crayon, auprès du lit d'un malheureux : *Bon pour cent sous à dépenser chez le boulanger et « chez le boucher ; bon pour un terme de loyer ; bon pour un mois de nourrice ;* et dans laquelle « la société fera honneur à la signature du médecin. »

Ch. ELOY.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

DES EFFETS PRODUITS PAR L'ARRACHEMENT DU NERF PHRÉNIQUE ET PAR LA RÉGÉNÉRATION DE CE NERF,

par MM. les docteurs Hénocque et Éloy.

Dans une communication faite samedi dernier 22 juillet à la Société de biologie, MM. Hénocque et Eloy ont fait connaître quelques-uns des résultats de recherches entreprises depuis longtemps sur les phénomènes mécaniques de la respiration.

En étudiant les fonctions du nerf phrénique, ils ont arraché soit un seul de ces nerfs, soit les racines des deux nerfs phréniques, et ont observé, au moyen des appareils enregistreurs, les effets immédiats, consécutifs ou tardifs produits par cette opération.

Les effets *immédiats* consistent dans le changement du rhythme respiratoire, d'abord augmenté en énergie. Après quelques instants, les mouvements diaphragmatiques cessent du côté opéré, et les tracés pneumographiques ne traduisent plus qu'une faible contraction des muscles intercostaux inférieurs de ce côté et des élévateurs accessoires de la cage thoracique. Ces expériences ont été faites sur des animaux dont le type respiratoire est costo-abdominal ou seulement abdominal suivant les espèces ; c'est-à-dire sur le chien, le chat, le cobaye, le lapin, et enfin le singe macaque.

Chez un certain nombre d'entre eux qui ont survécu, car la mort rapide est loin d'être constante, on observe les *phénomènes consécutifs* suivants : immobilisation de la cage thoracique, surtout chez le chat et le singe, et, six jours après l'opération, des ondulations respiratoires dont les tracés graphiques représentaient la contraction des muscles intercostaux.

Plus tard, pendant la période de réparation et de régénération des nerfs, ces expérimentateurs ont constaté des modifications du timbre de la voix. En prenant des tracés respiratoires à des intervalles de deux, quatre et dix mois, ils ont vu la courbe respiratoire du côté opéré devenir de nouveau semblable à celle du côté normal. Toutefois, si le retour du rhythme était complet, l'intensité des mouvements restait moindre.

De plus, malgré la régénération des nerfs, il existait une hypertrophie des muscles intercostaux inférieurs, et, par conséquent, une véritable suppléance de la moitié du diaphragme dont le nerf avait été arraché. Nous n'insisterons pas sur l'importance clinique de ces recherches, dont les auteurs doivent faire connaître les résultats complets dans de nouvelles communications. — N.

CORRESPONDANCE

Paris, le 21 juillet 1882.

Monsieur le rédacteur en chef,

Le 17 juillet, j'étais appelé près de Mme M..., 18, rue Bréda, pour l'assister dans une fausse couche. Cette dame, enceinte de six mois, perdait du sang depuis quinze jours, et tous les moyens employés pour arrêter l'hémorrhagie n'avaient pu empêcher l'avortement de se produire.

Il y a quatre ans, cette malade fit une première fausse couche, compliquée d'une attaque d'éclampsie, pour laquelle notre cher et regretté confrère, M. le docteur Dufour, rue de Châteaudun, lui avait donné ses soins. Ce n'était donc pas sans frayeur que le mari et la femme voyaient se reproduire un pareil accident.

Dans cette dernière fausse couche, aucune complication ne s'est produite, et le fœtus, un enfant du sexe féminin, a vécu pendant trente heures.

Notre honoré confrère, le médecin de l'état civil, vint constater la naissance le jour même, et, le surlendemain, la mort de cet enfant.

Jusque-là, rien que de très naturel. Mais, le 19 juillet, un monsieur, se disant inspecteur (?), vint chez M. et Mme M... (commerçants fort honorablement connus dans le quartier), et, avec un ton impérieux, leur demanda « comment cette fausse couche avait pu se produire ; qu'il « était bien étrange que deux avortements se soient produits en quatre ans, et qu'il y avait « lieu de s'en étonner. »

La lettre *cachetée* du médecin de l'état civil était encore sur le bureau. L'inspecteur s'en empara et la décacheta au nez et à la barbe du mari, qui tombait de son haut. Il y avait bien de quoi !

— Mais, Monsieur, dit M. M..., cette lettre est cachetée et vous ne devez pas la lire. — Vous direz à la mairie que c'est l'inspecteur qui l'a décachetée.

J'y suis allé, à la mairie, pour demander des explications. On a paru surpris et on m'a répondu que l'administration du IX[e] arrondissement ne chargeait personne, en dehors des médecins de l'état civil, d'aller *inspecter les fausses couches* à domicile.

Ne trouvez-vous pas comme moi, Monsieur le rédacteur, cette visite étrange?

Qu'un inspecteur (?) aille inspecter une fille soupçonnée d'avortement provoqué, parfait! mais qu'on vienne chez d'honnêtes commerçants leur demander, sans rime ni raison, si la femme s'est fait volontairement avorter, alors que ces braves gens sont au désespoir de ne pas avoir d'enfants; pardon de l'expression, mais voilà qui me semble raide!

Agréez, Monsieur le rédacteur en chef, etc. D[r] E. BARRÉ.

Nous partagerions l'étonnement de notre confrère, si nous n'étions blasé depuis longtemps sur les énormités administratives qui, parmi les nations civilisées, semblent être l'apanage exclusif de notre pays.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur le traitement de la rage par la pilocarpine, par M. Nocart, professeur de clinique chirurgicale à l'École vétérinaire d'Alfort.

2° Un mémoire manuscrit intitulé : *Paralysie ataxique observée chez des Kabyles à la suite de l'ingestion d'une variété de Gesses* (*Lathyrus climenum*), par M. Grandjean, médecin en chef de l'hôpital militaire de Ténès (Algérie).

—

M. DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant, lit une note en réponse aux quelques mots prononcés dans la dernière séance par M. Bouley, à la suite de la communication faite par M. Depaul au nom de M. Duboué.

Dans cette note, M. Duboué se défend énergiquement d'avoir voulu porter atteinte à la gloire de M. Pasteur et d'avoir voulu s'arroger indûment une part du mérite qui appartient à ce dernier pour avoir exécuté ses remarquables expériences sur la rage.

Sa revendication porte uniquement sur ce fait, qu'après s'être montré plein de déférence et de respect pour la personne et les travaux de M. Bouley, il a été péniblement affecté de ne pas trouver chez lui une haute et sereine impartialité.

M. BOULEY répond qu'il y a eu évidemment un malentendu entre lui et M. Duboué; personne plus que lui n'estime les consciencieux travaux de son honorable et distingué collègue; il a rendu, en particulier, pleine et entière justice au savant travail de M. Duboué sur la physiologie pathologique de la rage. M. Bouley espère qu'après cette déclaration toute trace de dissentiment et de grief entre lui et M. Duboué aura disparue.

—

M. le docteur JAVAL met sous les yeux de l'Académie un appareil qu'il désigne sous le nom d'*ophthalmomètre*, destiné à mesurer l'astygmatisme de la cornée.

—

M. BOULEY présente, de la part de M. Nocard, professeur de clinique chirurgicale à l'École vétérinaire d'Alfort, la mâchoire d'un cheval enragé, traité par la pilocarpine. L'effet sédatif de ce médicament n'a pas empêché celui-ci de se briser la mâchoire en mordant sa mangeoire avec violence.

M. LARREY présente, au nom de M. Coustan, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine, une brochure intitulée : *La médecine militaire française devant les grandes Compagnies savantes* de 1859 à 1881.

M. RICHET présente, au nom de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), une brochure intitulée : *La femme stérile.*

M. VILLEMIN dépose une brochure de M. Jules Arnould, professeur à la Faculté de médecine de Lille, intitulée : *Les controverses récentes au sujet de l'assainissement des villes.*

—

M. Léon LABBÉ présente un malade qu'il a opéré avec succès d'un épithélioma de l'amygdale droite avec envahissement du voile du palais du même côté, de la luette, d'une partie de la portion gauche de ce voile, du plancher de la bouche et de la base de la langue. Extirpation de tout le néoplasme avec le thermo-cautère, à la suite de la résection préalable de la moitié droite du maxillaire inférieur; alimentation artificielle.

Guérison. Réunion de la plaie extérieure par première intention.

Cette présentation a pour but de préconiser *la résection de l'une des moitiés du maxillaire inférieur*, comme *opération préliminaire* dans les cas d'épithélioma de l'amygdale et des parties circonvoisines.

—

M. TARNIER présente : 1° de la part de M. le docteur Guichard, chirurgien-adjoint de la Maternité d'Angers, une brochure intitulée : *Opération césarienne par la méthode de Porro.* — 2° En son propre nom, le premier volume du *Traité d'accouchement* qu'il a fait en collaboration avec Chantreuil. — 3° Un volume extrait du précédent cours et intitulé : *Physiologie et hygiène de la première enfance considérée surtout au point de vue de l'alimentation.*

M. Tarnier indique sommairement ce que l'expérience lui a appris sur l'allaitement artificiel des nouveau-nés à la Maternité.

« Dans cet hôpital, dit-il, lorsqu'une femme est dans l'impossibilité d'allaiter son enfant, on confie celui-ci à une nourrice qui continue néanmoins à nourrir son propre enfant. Qu'arrive-t'il alors? C'est que cette nourrice continue à nourrir son propre enfant et qu'elle donne au nourrisson le lait de vache dont elle dispose. Aussi les nourrissons dépérissent, présentent de la diarrhée, de l'athrepsie et meurent souvent. Navré d'un pareil état de choses, j'ai voulu avoir recours à l'alimentation artificielle. En 1880, j'ai obtenu de l'Administration de l'Assistance publique que deux chèvres fussent mises à ma disposition. J'ai essayé l'allaitement direct au pis de l'animal. J'ai essayé de donner le lait de chèvre, soit pur, soit en le coupant de différentes façons. Les résultats ont toujours été plus que défectueux.

J'ai essayé le lait de vache pur ou coupé avec de l'eau sucrée, de l'eau ordinaire, de l'eau distillée, de l'eau chargée de mucilage, d'une décoction d'une substance féculente, j'ai toujours échoué. Il en a été de même avec les préparations intitulées lait condensé et la crème Beidert. J'étais très découragé quand j'ai eu recours au lait d'ânesse qui a été exclusivement administré à la Maternité depuis le 23 avril 1881.

Dès ce jour, la digestion des enfants devint excellente; tout fut simplifié dans l'alimentation des nouveau-nés et la mortalité diminua manifestement.

Je pense donc que de tous les aliments employés dans l'allaitement artificiel, le meilleur est le lait d'ânesse qui, depuis plus de 15 mois, m'a donné d'excellents résultats. Mais, après six semaines ou deux mois, ce lait devient insuffisant, je crois, et il convient de le remplacer par du lait de vache convenablement coupé.

D'une manière générale, si l'allaitement artificiel donne des résultats aussi désastreux que ceux qui sont partout enregistrés, c'est qu'il est mal, très mal conduit, au hasard, sans règle aucune; la première chose à faire, à mon avis, est de supprimer le biberon, ainsi que je l'ai fait à la Maternité et de donner le lait au verre et à la cuillerée.

Enfin, presque toujours le lait de vache est mal coupé. Pour un enfant nouveau-né, pendant les huit premiers jours, il faut donner un mélange fait avec un quart de lait au plus et trois quarts d'eau sucrée. (Celle-ci contient 5 grammes de sucre pour 100 grammes d'eau).

Plus tard, ce n'est que provisoirement que la quantité de lait doit être augmentée pour arriver au lait pur lorsque l'enfant a six mois environ.

En résumé donc, dans l'allaitement artificiel, le mieux, à mon avis, est de donner le lait d'ânesse pur pendant six semaines ou deux mois, puis du lait de vache coupé avec au moins moitié d'eau jusqu'à six mois, époque à laquelle on donnera le lait de vache pur. »

—

M. PARROT lit un travail sur les résultats obtenus à la nourricerie des Enfants assistés, du 2 juin 1881 (date de son ouverture) au 24 février 1882.

86 enfants atteints de syphilis héréditaire ont été allaités à la nourricerie. Par suite de circonstances particulières, 6 ont pris exclusivement du lait de vache à l'aide du biberon; un seul a guéri, les 5 autres ont succombé.

42 ont été nourris au pis de la chèvre, 8 ont guéri, 24 sont morts (mortalité : 80,9 p. 100).

38 ont été nourris au pis de l'ânesse; 28 ont guéri, 8 sont morts (mortalité : 26,3 p. 100).

Ces chiffres mettent en évidence la supériorité du lait d'ânesse sur celui des autres animaux.

En manière de conclusion, M. Parrot formule les propositions suivantes d'un caractère éminemment pratique :

A défaut d'une bonne nourrice, l'allaitement direct au pis des animaux peut rendre de grands services.

Il est franchement indiqué pour les enfants atteints de syphilis héréditaire.

L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la constitution chimique de son lait, qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'allaitement artificiel.

Viennent après : la jument, la chèvre et la vache.

— Une ânesse en pleine lactation ne peut nourrir efficacement que trois enfants, âgés en moyenne de cinq mois.

— Le nombre des tetées, dans les vingt-quatre heures, varie de six à huit; il sera d'autant moins considérable que les enfants seront plus âgés.

— Là où la chèvre pourra vivre en liberté et trouver ses aliments de prédilection, on la substituera sans inconvénient à l'ânesse.

Dans la thérapeutique de l'enfance, le lait d'ânesse doit tenir une place importante; il est particulièrement indiqué dans les affections gastro-intestinales ; exceptionnellement, il remplace avec avantage le lait de femme.

Toutes les maisons hospitalières destinées à l'assistance des nouveau-nés et des enfants du premier âge, sains ou malades, devront être pourvus d'une nourricerie où l'on entretiendra, proportionnellement à leurs besoins, des ânesses et des chèvres.

Les locaux affectés à ce service seront disposés de telle sorte que l'étable où séjourneront les animaux soit d'un accès facile.

Une comptabilité régulière du poids des enfants, pris trois fois par semaine, donnera des renseignements exacts sur le mouvement de leur nutrition, et servira de point de départ aux modifications qui devront être apportées dans leur régime alimentaire.

Deux enfants, et trois au plus, devront être soignés par la même personne.

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 14 au 20 juillet 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 986. — Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 15. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 28. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 11. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 51. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchites aiguës, 18. — Pneumonie, 59. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 68 ; au sein et mixte, 21 ; inconnus, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87 ; circulatoire, 54 ; respiratoire, 66 ; digestif, 47 ; génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 50. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 29e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,214 naissances et 986 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,101, 960, 1,041, 884. Le chiffre de 986 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (37 décès au lieu de 44 pendant la 28e semaine); la Diphthérie (28 au lieu de 41), la Rougeole (16 au lieu de 18) ;

Une aggravation pour la Variole (15 décès au lieu de 11), la Scarlatine (8 au lieu de 2), l'Érysipèle (11 au lieu de 3), l'Infection puerpérale (6 au lieu de 5).

En résumé, le groupe des affections épidémiques a fourni un chiffre de décès égal à celui de la dernière semaine ; mais, comme on vient de le voir, la part revenant à chaque affection s'est sensiblement modifiée. Nous attirerons surtout l'attention sur l'élévation du nombre des décès par Érysipèle et sur la décroissance des décès diphtéritiques dont le chiffre hebdomadaire est le plus bas auquel on soit descendu depuis une année.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (87 malades reçus du 10 au 16 juillet, au lieu de 117 entrés pendant les 7 jours précédents) et pour la Variole (28 au lieu de 38).

Il a été admis 29 malades atteints de Diphthérie : le même chiffre avait été constaté dans le dernier bulletin.

L'excédent de plus de 100 décès que cette semaine présente sur la 28e porte en grande partie sur les maladies des organes respiratoires. Le nombre des morts violentes est, par suite de la catastrophe de la rue François-Miron, plus considérable que les autres semaines.

Les décès par Athrepsie ont légèrement diminué. On remarquera toutefois que cette amélioration s'est seulement produite pour les enfants nourris au sein ; ceux qui sont élevés au biberon ont, au contraire, fourni plus de décès cette semaine. Ce fait ne doit pas nous surprendre : les chaleurs orageuses que nous ressentons en ce moment doivent surtout être fatales aux enfants soumis à ce dernier mode d'élevage, en raison des altérations subites qu'elles déterminent dans le lait.

Dr BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Par arrêté en date du 21 juillet 1882, les jeunes gens ci-après désignés sont admis à prendre part aux épreuves orales du concours pour l'obtention des bourses de licence instituées près le Muséum d'histoire naturelle :

MM. Lebloys, Bouvier, Bovier-Lapierre, Magnin, Cazin, Mayoux, Mallard-Duméril, Schmitt, Bérillon, Depousargues, Proromant et Brasse.

CONCOURS. — La troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination de deux médecins du Bureau central s'est terminée vendredi soir. Sont admis à subir les épreuves définitives : MM. les docteurs Barth, Chauffard, de Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Letulle, Renaut et Tapret.

NÉCROLOGIE. — FRIEDREICH : L'Allemagne vient de perdre un de ses praticiens les plus célèbres; l'Université de Heidelberg celui de ses professeurs qui l'honorait le plus, et qui attirait à la chaire de clinique médicale, qu'il occupait depuis l'année 1858, le plus grand nombre d'élèves. Le professeur Friedreich est mort à l'âge de cinquante-sept ans, emporté, après de longues et cruelles souffrances, par un anévrysme de l'aorte. Ancien élève de Virchow, il avait, dès le début de sa carrière, publié d'intéressants travaux d'anatomie pathologique, et plus tard ses *Études sur l'atrophie musculaire progressive*, sur les *lésions de l'ataxie locomotrice*, etc., ont prouvé tout le fruit qu'il avait tiré de ses recherches au laboratoire d'anatomie pathologique de Würzburg. Il avait été en 1857, au moment du départ de Virchow pour Berlin, nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à cette Université ; mais dès l'année 1858, il était appelé à la chaire de pathologie et de thérapeutique d'Heidelberg, et c'est là qu'il fit paraître ses principaux travaux sur le pouls veineux, sur le double bruit intermittent crural, sur la percussion du larynx et de la trachée, enfin et surtout sur les maladies du cœur. On sait que son *Traité des maladies du cœur*, dont la première édition a paru en 1861, a été traduit en français, sur la deuxième édition, par MM. Lorber et Doyon.

— CARL HUETER, professeur de chirurgie à Greifswald, a succombé le 10 mai, après une maladie de quelques semaines. Encore jeune, il était dans la plénitude de l'activité intellectuelle. Parmi les œuvres qui l'ont fait connaître dans le monde scientifique et parmi les chirurgiens, on doit citer en première ligne son *Traité de chirurgie générale* (*Allgemeine Chirurgie*), où sont exposées des vues très originales en rapport avec les notions qu'on possédait en 1873 sur l'influence des microbes. Il a publié dans la *Chirurgie* de Pitha et Billroth une Étude de la trachéotomie et de la laryngotomie, et depuis dix années il a été l'un des directeurs de la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, où il a publié un grand nombre d'articles de critique, et d'observations ou de travaux personnels. (*Gazette Hebd.*)

—

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE, LA SURALIMENTATION ET L'EMPLOI DES POUDRES ALIMENTAIRES ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 14 avril 1882,

Par le Dr M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Suite et fin. — (Voir le dernier numéro.)

Le chapitre des indications et contre-indications de notre traitement pourra être discuté quand nous aurons observé nombre de malades atteints de formes diverses de phthisie, présentant des accidents variés. En ce moment nous ne pouvons que résumer en quelques phrases aphoristiques le résultat de notre expérience actuelle.

Chez les phthisiques qui ont des lésions pulmonaires très avancées, on peut espérer, par la suralimentation, prolonger l'existence ; on ne peut obtenir davantage.

Dans les formes aiguës et galopantes, notre traitement sera sans effet, il sera d'autant plus utile que la maladie aura une marche plus chronique.

La diarrhée doit engager le médecin à procéder lentement et graduellement ; elle cède ordinairement sous l'influence des produits alimentaires que nous avons employés.

La fièvre n'est pas une contre-indication, si elle se présente seulement sous forme d'accès vespéraux ; nous l'avons vu plusieurs fois disparaître sous l'influence du traitement.

Nous avons cherché à nous rendre compte des heureux effets de notre méthode,

FEUILLETON

CAUSERIES

Tambours militaires et tambours médicaux. — Des propriétés thérapeutiques du tambour ; tambour et ferments digestifs. — L'arsenal militaire de la médecine. — Le canon et son influence sur la natalité. — Tambour et tambourineurs de la réclame. — Les aventures d'Apollon et de Coronis, mère d'Esculape. — Comme quoi les bactéries peuvent être utiles à toutes les espèces de bêtes à cornes.

Décidément, notre caractère national est bien toujours le même. Nous sommes encore et nous resterons le peuple des tambours.

Pour mon compte j'éprouve, je l'avoue, une étrange faiblesse pour ces instruments de musique. Singulier goût ! direz-vous sans doute. Soit ! Mais vous en conviendrez, du moins, je fais avec franchise le meâ culpâ de mes faiblesses, à une époque où tant d'individus ont l'hypocrisie de leurs défauts.

Que voulez-vous ? Les gracieux rataplans de la *Fille du Régiment*, les ras et les flas du *Salut à la France* ne me laissent pas indifférent. Ce qui me console, c'est que je ne suis pas le seul à éprouver ces sentiments.

Certes, vous ne me contredirez pas, vous autres qui les avez entendus l'autre jour sur la pelouse de Longchamps ! Ils s'avancent, ils défilent ; leur joyeux tapage provoque l'enthousiasme. C'est qu'ils font entendre le rappel du patriotisme. C'est le rataplan de l'honneur, auquel cette foule émue répond frénétiquement par les cris de « Vivent les tambours !

et voici l'idée théorique qui nous a servi de guide dans la plupart de nos recherches. La tuberculose est une maladie qui se développe sur un certain terrain; modifions profondément ce terrain et rendons-le impropre à la culture de la tuberculose. Si sur un sol pauvre et maigre, encombré de plantes parasitaires, on dépose des couches d'engrais, on modifiera le sol, il y poussera des plantes parasitaires, mais ce ne seront ordinairement plus celles qui poussaient lorsque la terre était en friche.

La modification du terrain chez nos tuberculeux se traduit, d'une façon évidente, par l'élévation du taux de l'urée, qui était de 10 à 15 grammes avant le traitement, et s'est élevé, sous son influence, à 50, 60 et a dépassé 80 grammes, dans les vingt-quatre heures.

On peut encore dire que, par la suralimentation, nous avons donné à nos malades la force de résister à leur maladie, et une comparaison pourra, ici, faire comprendre notre pensée. Lorsque la vigne est atteinte par le phylloxera, un des meilleurs remèdes est de fumer fortement la terre. On ne détruit pas le parasite, on donne à la plante la force nécessaire pour supporter son action nuisible.

La suralimentation est le procédé inverse de celui par lequel un grand nombre de sujets deviennent tuberculeux. Depuis bien longtemps, on sait que l'alimentation insuffisante est, pour beaucoup de phthisiques, la cause de leur maladie, que cette alimentation soit insuffisante d'une façon absolue ou d'une façon relative (misère, excès de tous genre, diabète, lactation, etc.).

Il nous paraît nécessaire d'indiquer, avec quelques détails, le procédé opératoire que nous avons suivi, et nous examinerons successivement les précautions nécessaires pour introduire la sonde, la composition des mélanges alimentaires et leur dose.

Nous nous servons habituellement d'une sonde en caoutchouc, que nous avons fait construire par MM. Mathieu frères. Elle se compose d'un tube de caoutchouc porté sur un mandrin, qui a une courbure identique à celle du coude formé par la bouche et le pharynx. Dans un premier temps, nous portons l'instrument derrière le larynx; puis, maintenant le mandrin immobile, nous faisons glisser le tube et engageons le malade à faire des efforts de déglutition. La sonde étant suffisamment engagée, on retire le mandrin.

***

Ils possèdent après tout un inoubliable passé d'honneur et de gloire, ces tambours de Valmy, d'Austerlitz, d'Inkermann et de Magenta! Comment ne pas se souvenir de la part qu'ils prennent à notre histoire. Ils battent la générale dans les périls de la patrie, la charge sur le champ de bataille, et à certaines heures de la vie nationale, le réveil des courages assoupis.

Si quelque poète en inspiration éprouvait la fantaisie de chanter ces mérites, il pourrait remonter au delà des Grecs, et faire sourire ainsi les archéologues, gens austères d'ailleurs, auxquels le rire est loin d'être facile. Il vous dirait, cet enfant terrible de la littérature, que si les trompettes ont déterminé la prise de Jéricho, plus d'une fois le son des tambours a décidé du sort des citadelles. Ce qui démontre, au témoignage de tout bon logicien, que les hommes sont toujours les mêmes, et qu'avec les fumées de la gloire ou le bruit du tambour on les conduirait au bout du monde.

Associés à tous les évènements militaires de la patrie, ces tambours, nous ne devons pas l'oublier, honorent aussi les savants de leurs roulements sonores. Ils les saluent dans la personne des Présidents de l'Institut, aux jours de ces séances solennelles qui sont les grandes assises de la Science. Ce sont eux enfin qui, à l'Académie française, annoncent l'entrée officielle du nouveau récipiendaire dans l'enceinte du Palais Mazarin. S'ils conduisent nos soldats à la mort et à l'honneur, ils font donc aussi entrer nos savants, nos littérateurs et nos artistes, dans ce sanctuaire, qu'on dit être celui de l'Immortalité.

***

Néanmoins, le tambour militaire n'est pas aussi étranger à la médecine que vous le pensez peut-être! Si j'en crois mes auteurs, il possèderait parfois d'admirables vertus thérapeutiques.

Au bout de trois ou quatre séances, l'éducation des malades est telle qu'ils avalent la sonde sans que le médecin intervienne.

Beaucoup de nos confrères sont effrayés par l'emploi d'un moyen aussi simple et nous ont demandé si la sonde était indispensable, si on ne pourrait pas suralimenter sans avoir recours à elle. Il nous paraît impossible d'obtenir une suralimentation régulière, continuée un temps suffisant, si l'on s'efforce seulement de faire manger les malades et l'on perd ainsi un temps précieux, puisque nos moyens de traitement agissent d'autant mieux que la maladie est moins avancée.

L'introduction de la sonde ne peut donner lieu à aucune espèce d'accident lorsqu'elle est faite avec les précautions voulues. Il nous paraît bien difficile de faire pénétrer une sonde dans le larynx, même si on cherchait à le faire intentionnellement. S'il restait d'ailleurs le moindre doute, la sonde, une fois en place, on engagerait le malade à souffler fortement et l'on chercherait si l'air sort par l'extrémité de l'instrument.

Plusieurs fois, chez des malades dont le pharynx était peu sensible, la sonde s'était pelotonnée dans l'arrière-gorge, et si l'on eut alors versé un liquide, une partie se serait écoulée dans l'œsophage, une autre dans la trachée, et l'on aurait produit un accès de suffocation. Il suffit de regarder le fond du pharynx, la sonde une fois introduite, pour éviter toute erreur.

On a dit que les aliments introduis dans l'estomac pouvaient être vomis, et, du pharynx, pénétrer dans le larynx, la chose est possible, mais nous ne l'avons pas observée. En tout cas, une pareille crainte ne saurait nous arrêter, sans quoi il faudrait rayer les vomitifs du nombre de nos agents thérapeutiques. Il n'y a aucune raison pour que les aliments introduits par la sonde et vomis pénètrent plus facilement dans les voies aériennes que les aliments rejetés sous l'influence d'un vomitif.

Toutes les difficultés que le cathétérisme peut présenter au début disparaissent en peu de jours et les malades peuvent se sonder sans le secours du médecin. Les phthisiques de notre service se sondent eux-mêmes, et nous n'intervenons que les premiers jours, lorsque des accidents faciles d'ailleurs à éviter pourraient survenir.

Il nous reste maintenant à parler des aliments à introduire.

Nous nous servons d'aliments finement pulvérisés, que nous introduisons en suspension dans un véhicule, lait ou bouillon.

Vous n'ignorez pas, car on l'a écrit bien des fois, quel usage fréquent Récamier et Trousseau faisaient de ce singulier médicament ? Aux estomacs rebelles, ils prescrivaient la digestion en cadence au bruit rhythmé du tambour, et surtout des tambours de la garde nationale. L'histoire ne mentionne pas comment, pour témoigner leur reconnaissance, les jeunes dyspeptiques et les jolies gastralgiques rendaient grâces aux dieux immortels; elle oublie même de nous dire si elles ne sacrifiaient pas quelquefois, dans cette intention, sur l'autel des tambours-majors de cette garde citoyenne !

Je ne doute pas, maintenant que les tambours sont rétablis, de recevoir bientôt, de quelque spécialiste, une carte ainsi libellée : M. Babylas Rigobert Kirikiki, ex-tambour de la 9e du 151e d'infanterie, ex-infirmier porte-clystère de l'hôpital de la Tour-des-Dames, au pays des Nourrices, va et soigne à domicile, fait tout ce qui concerne sa profession, pose les sangsues, panse les vésicatoires, bat le tambour, joue de la cymbale, de la grosse caisse et de tous les instruments indiscrets ou discrets de son état.

Qui sait ? Telle est peut-être la vraie médecine de l'avenir.

***

Le Ministre de la guerre a donc rendu service à la science. Dorénavant on pourra reprendre ces recherches de thérapeutique expérimentale que, pour ma part, je regrette de voir abandonner. On a bien écrit des livres pour démontrer l'influence du piano sur la grossesse, ou sur les maladies des femmes, et partant, sur la démographie ou l'avenir de la civilisation. Il n'est pas de petits faits qui ne conduisent à de grandes conséquences. Allons ! futurs docteurs qui cherchez un titre à votre thèse inaugurale, étudiez donc la question plus actuelle que jamais : *Des propriétés thérapeutiques du tambour.*

Le lait est un excellent aliment, d'une extrême digestibilité, mais nous ne pouvons en nourrir exclusivement les malades; pour obtenir une suralimentation, il faudrait, ce qui est impossible, en donner des quantités énormes. Nous l'employons comme véhicule, ou bien nous le remplaçons par le bouillon, lorsque nous traitons, ce qui n'est point rare, des malades qui ne digèrent pas le lait.

Lorsque nous avons recours au bouillon, nous y ajoutons ordinairement deux œufs, dont le blanc et le jaune ont été préalablement battus. Le lait et l'œuf sont des aliments complets ; ils renferment tous les éléments nécessaires à la réparation et à l'entretien de nos tissus; ils compensent, pour ainsi dire, les erreurs que nous pouvons commettre, en donnant une alimentation uniforme dans laquelle certains principes pourraient ne pas être représentés.

Nous avons, dans nos premières recherches, ajouté à l'œuf et au bouillon de la viande crue, finement hachée. La viande crue offre certains inconvénients; d'abord sa crudité, qui permet l'introduction de germes parasitaires ; en second lieu, elle passe assez difficilement par la sonde, aussi l'avons-nous remplacée avantageusement par les poudres de viande. Voici comment nous les préparons.

Nous prenons de la viande de bœuf aussi bien dégraissée que possible, séparée des tendons, nous la passons dans un hachoir et formons une pâte grossière, qui est ensuite étalée sur des plaques, desséchée à l'étuve à une température de 90°.

Lorsque la viande est devenue dure par dessiccation, on la broie au pilon, puis on la fait passer sur un fin tamis de soie. La poudre ainsi obtenue est impalpable, elle se conserve indéfiniment, à condition d'être soigneusement préservée de l'humidité. Elle représente quatre fois son poids de viande fraîche.

D'autres poudres alimentaires impalpables, telles que la poudre de lentilles, sont préparées par le même procédé.

En préparant des poudres alimentaires impalpables, le but que nous nous proposions n'était pas d'avoir des aliments passant facilement pas la sonde, nous voulions surtout obtenir des aliments d'une extrême digestibilité.

Bien des causes diverses font qu'un aliment est bien ou mal digéré; une des conditions les plus importantes est sa grande division. Témoins ces dyspeptiques guéris par la pose d'un ratelier, ou bien simplement en prenant le soin de mâcher soigneusement. En faisant des poudres impalpables, nous avons multiplié les surfaces de contact avec les sucs digestifs, et facilité la formation des peptones. Il est alors

---

Vous réussirez, croyez-le bien, en ce temps de tapageuses réclames. Votre thèse, j'allais dire votre tambour, fera assurément du bruit dans le monde.

Cette question mérite d'être approfondie. Feu le docteur Véron, fin connaisseur en matière de cuisine et de digestion, avait observé que le bruit du tambour activait son estomac fatigué de gourmet blasé. Aussi, il s'était fait une scrupuleuse règle d'hygiène, si j'en crois ses amis, d'être assidu aux opéras, dans lesquels les ras et les flas de cet instrument se répétaient souvent.

***

« *Le son du tambour et les ferments digestifs* ». Voilà donc un sujet de concours pour les prochains prix de l'Académie.

Vous doutez du succès de ma proposition ? Eh bien, chers lecteurs, votre sourire et votre incrédulité m'étonnent à mon tour. Croyez-vous donc que les vertus médicales du tambour ne valent pas, après tout, les propriétés thérapeutiques de *la ficelle*, de la *corde de pendu*, du *marc de café*, des *côtelettes*, de la *soupe aux choux*, de la *purée d'oignon* et les applications d'autres objets ou substances plus ou moins étranges. Ils sont peut-être même supérieurs aux fameux *cataplasmes d'aimant* dont Récamier faisait usage.

Oubliez-vous les effets produits sur les névrosiques par le bruit des cymbales, des gongs ou des sonneries de cloches ? D'ailleurs, parmi les instruments de guerre, le tambour n'est pas seul à posséder de merveilleuses qualités. Loin de moi la pensée de dévoiler les secrets de l'oreiller; mes lectrices ne me le pardonneraient pas. Je ne prétends donc pas révéler les confidences des alcôves, mais, parmi les instruments de guerre, le canon est aussi parfois un efficace agent thérapeutique.

possible de donner une quantité considérable de nourriture et d'en obtenir la digestion sans fatigue de l'estomac.

Les poudres impalpables rendent des services, non-seulement quand il s'agit d'alimenter artificiellement ou de suralimenter, mais aussi chez les dyspeptiques, les sujets affaiblis, cachectiques, etc..., elles peuvent êtres prises dans du bouillon, du lait ou avec des œufs, du chocolat, etc.

Des accidents d'indigestion peuvent survenir, si le médecin n'est pas suffisamment prudent ou suffisamment exercé.

Il faut donner aux malades seulement les aliments qu'ils digèrent bien; profiter, à cet égard, de leur expérience personnelle et toujours commencer par de petites doses, quand on prescrit un aliment pour la première fois. Pour ne citer qu'un exemple, nous rappellerons que certains sujets ne digèrent pas le lait et sont purgés par une petite dose de cet aliment; si, traitant un de ces malades, on introduit par la sonde un litre de lait, on provoque une indigestion grave avec diarrhée et vomissements.

On peut encore voir survenir des accidents analogues, si, d'emblée, il était prescrit des doses d'aliments trop considérables; aussi faut-il commencer par de petites doses et les augmenter progressivement; nous donnons d'abord 25 grammes de poudre de viande, à chaque repas, puis nous élevons la dose, la diminuant de nouveau s'il survient des accidents, tels que la diarrhée. Peu à peu, la tolérance s'établit et finalement on peut, en trois repas, arriver à la dose quotidienne de 400 grammes, représentant 1,600 grammes de viande fraîche.

Signalons le soin minutieux avec lequel le médecin doit vérifier la qualité des aliments. Chaque boîte de poudre de viande doit être examinée, sentie, goûtée même avant d'être utilisée. Il peut se faire, en effet, qu'une de ces boîtes soit avariée; elle produirait des accidents toxiques.

Le goût nous avertit que les substances sont avariées, il sert à notre défense; un malade qui prend ses aliments par la sonde est privé de ce moyen de défense, aussi devons-nous, à chaque repas, exercer un rigoureux contrôle sur les aliments qui vont être ingérés.

Ceux de nos confrères qui voudront bien se conformer aux règles qui viennent d'être indiquées, peuvent appliquer la suralimentation sans crainte fondée et avec

---

Inférieur au tambour, en apparence du moins, sous le rapport pratique, le canon, qui fait encore plus de bruit parmi les mortels, a rendu, croyez-le bien, des services à l'humanité souffrante. Le tambour est plus maniable assurément et partage cette commodité avec l'instrument fameux dont Molière armait ses matassins. Aussi, quelle que soit ma prédilection pour le canon, j'admets sans difficulté que jamais il ne passera pour être portatif et que dans le futur arsenal de la chirurgie il ne prendra pas place à côté de la seringue de Pravaz.

Cependant cette arme de guerre vaut bien, d'après des personnes autorisées, certains instruments mis en usage dans la fécondation dite artificielle et employés par quelques spécialistes fécondateurs. Eh bien! quoique non décrit par les auteurs, je recommande le canon, quelque soit sa forme et son calibre, à l'expérience de nos gynécologistes. Maintes fois déjà, il a fait merveille contre la stérilité, cette affection rebelle qui est la fortune des charlatans et le désespoir des familles. Aussi il existe des exemples historiques de l'heureuse influence du canon sur la conception.

Vous connaissez peut-être les confidences de la maréchale de Gouvion-Saint-Cyr. Elle en éprouva une fois l'efficacité et put compter sa grossesse d'un coup de canon annonçant une victoire de la Grande-Armée. Et ce cas de la toute jeune épouse d'un très vieux capitaine? Chaque année, elle devenait grosse le jour de la fête de l'empereur, au moment où on tirait le canon de la place. Osez dire après cela que le canon est coupable de nombreuses fausses couches et répéter avec les *bellophobes* qu'il ne sert qu'à la destruction du genre humain?

La chose est possible cependant chez certaines femmes pusillanimes! Mais nos Françaises ne sont pas telles, Dieu merci! Beaucoup d'entre elles bravent le canon, craignent peu le tambour et moins encore le militaire

***

la certitude d'obtenir souvent des résultats qui, certainement, dépasseront leurs espérances.

ACTION COMPARÉE DE L'ACIDE PHÉNIQUE ET DU SALICYLATE DE SOUDE [1],

Par le docteur Henri DESPLATS,

Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

IV

Doses, mode d'administration, mode d'action de l'acide phénique et du salicylate.

Ainsi qu'on a pu le voir par les diverses observations dont nous avons cité des fragments, suivant les cas, l'acide phénique et le salicylate de soude ont été donnés à des doses très diverses : tantôt cinquante centigrammes et même vingt-cinq d'acide phénique ont suffi, d'autres fois il a fallu, pour obtenir les effets antipyrétiques ou analgésiques, donner un gramme, un gramme cinquante, deux grammes et même davantage. Pour le salicylate de soude, les variations dans les doses ont été les mêmes : deux, trois, quatre, six grammes et plus ont dû être donnés pour obtenir l'effet poursuivi. Nous n'avons eu d'autre règle que la résistance du sujet (2).

Nous examinerons dans le chapitre suivant si cette hardiesse offre des inconvénients ou si, au contraire, elle ne doit pas devenir la règle de tous les médecins qui se trouvent en présence d'une indication précise et d'un moyen infaillible de la remplir.

Le mode d'administration a varié : pour l'acide phénique la voie rectale nous paraît préférable à cause de la facilité qu'elle offre à l'introduction de solutions concentrées que l'estomac ne pourrait tolérer, et à l'administration de doses mas-

(1) Voir l'UNION MÉDICALE des 22 et 25 juillet 1882.

(2) Un de nos élèves, M. le docteur Bels (*Des modes d'administration du salicylate de soude dans le rhumatisme*, brochure de 97 pages, Lille, 1882), a étudié comparativement les divers modes d'administration du salicylate de soude et démontré, en s'appuyant sur des faits pris dans notre service, que le plus efficace est l'administration à doses massives. Depuis la publication de cette thèse, nous avons recueilli de nombreuses et importantes observations qui en confirment les conclusions.

En tout cas, les faits précédents sont la réhabilitation de vertus compromises et donnent satisfaction aux maris jaloux ou ombrageux. Comment donc, dorénavant, attribuer aux beaux militaires seuls les effets extraordinaires qu'on signale à certaines époques de l'année sur les relevés de la natalité dans les villes de garnison? Quant aux influences bien connues des statisticiens d'une caserne d'infanterie et d'un quartier d'artillerie sur les rosières de la localité, n'en accusez plus les sapeurs du régiment ou les brigadiers de la batterie? Mettez donc en cause les tambours et les clairons, les canons et les autres instruments de guerre et de musique. Par cet habile moyen, chers confrères, vous mériterez la reconnaissance féminine et vous assurerez la paix des ménages.

Je m'arrête, car si le terrain politique n'est pas celui de ce journal, le terrain militaire l'est encore bien moins. Je laisse à mes confrères de l'armée le soin d'achever ces observations à la fois médicales, philosophiques et sociales.

Nous aussi, dans notre microcosme médical, nous possédons des tambours et des tambourineurs. Nous en avons même, parmi ceux-ci, qui sont, en leur genre, de véritables tambours-majors! Vous les connaissez sans doute. Vous avez entendu leurs sons discordants et vous avez été assourdis par le bruit qu'ils font à la parade.

Il existe en effet, chers lecteurs, tambour et tambour. Le tambour militaire : inutile d'en parler de nouveau; vous l'aimez plus ou moins; en tout cas, vous le respectez, car il a un écho dans toute poitrine française.

Le tambour du pitre sur ses tréteaux. Mon Dieu! celui là, je le supporte. Les clowns, par leur adresse, les Auriols, par leurs pirouettes, m'en donnent pour mon argent. D'ailleurs, dans leurs maillots de coton rose et leurs courtes jupes de gaze pailletée de cuivre, les Colombines font leur possible pour dérider nos fronts et amuser nos enfants. Mais ces autres tambours que

sives que peu de malades accepteraient en boissons. Nous croyons aussi qu'elle a un autre avantage, c'est l'action plus rapide.

Pendant la première période de nos expériences, ayant constaté que la fièvre, quelle que fût sa nature, cédait toujours à l'administration de nouvelles doses de phénol, mais qu'elle remontait rapidement quelques heures après, nous eûmes l'idée d'administrer le médicament d'une manière continue à l'aide d'un siphon rectal. Au point de vue pratique, les difficultés que ce mode d'administration présentait furent rapidement vaincues, mais les résultats ne répondirent pas à nos espérances. Depuis, nous avons encore expérimenté ce mode d'administration, mais nous avons dû y renoncer définitivement après avoir constaté qu'il est moins efficace pour modérer la fièvre que les injections intermittentes. Nous attribuons cette inefficacité des injections continues à la rapide élimination du médicament qui commence très peu de temps après l'introduction, et ne permet pas qu'au moment où l'ascension devrait se produire, il en reste dans l'organisme une dose suffisante pour l'empêcher. Outre que la rapide apparition de l'acide phénique dans les urines a été très souvent constatée.

Nous pouvons invoquer en faveur de cette interprétation ce fait, bien des fois observé, qu'une même dose administrée en une fois ou d'une manière continue, même dans un temps relativement court, a des effets très différents : tandis que le lavement unique a produit, rapidement, les effets physiologiques prévus et l'abaissement thermique, l'injection continue n'a rien produit ou seulement des effets très atténués.

Nous recourons donc aux doses massives et intermittentes. Il est rare que nous ne soyons pas obligé de donner en une fois cinquante centigrammes, un gramme ou un gramme cinquante dans chaque lavement. Ils sont renouvelés aussi souvent que la température l'exige. Le thermomètre est le seul guide. En général, le renouvellement toutes les trois heures est suffisant (1).

Notre désir avait toujours été de trouver un mode d'administration plus simple et moins incommode pour les malades et ceux qui les assistent, aussi avons-nous

(1) Les résultats de la médication phéniquée appliquée au traitement de la fièvre typhoïde ont été publiés par notre élève, M. le docteur Maquart (*Traité de la fièvre typhoïde par l'acide phénique.* Lille, 1882; brochure de 180 pages). Sur 50 cas observés en un an, il y a eu 22 cas bénins, tous ont guéri; 28 cas graves ou très graves, 4 sont morts : 1 de mort subite, avec dégénérescence graisseuse du cœur, 1 de congestion pulmonaire aiguë, 2 d'adynamie.

---

je ne nomme pas et que nous connaissons trop bien, ces tambours de la réclame scientifique, thérapeutique, médicale, médicale surtout; ceux-là ne servent qu'à piper le client, à faire tomber les écus dans la tirelire et les dupes dans le filet des tambourineurs.

***

Qui dit tambour, si j'en crois les dictionnaires, ne dit pas seulement caisse cylindrique de cuivre, brillant et poli, recouverte de la peau de maître Aliboron; il indique aussi autre chose. Il exprime un instrument qui annonce, un instrument qui appelle les badauds; un moyen d'amasser les foules. Il est cette amorce infaillible pour pêcher dans toutes les eaux, pour prendre par tous les temps, à toutes les époques de l'année et à toute heure du jour, le goujon, le fameux goujon, l'innocent et naïf goujon. Fi donc du tambour des Triboulets de la foire, de leurs cornets à piston et de l'air sempiternellement répété de la *Dame blanche*! Fi donc du casque de cuivre et du manteau rouge des débitants d'élixir de la place publique! Fi donc de eurs boniments et de leur grosse caisse! On les distance et on les surpasse!

Tout autres, en effet, sont les tambours de nos médicastres en habit ou en redingote, en gants noirs et en cravates blanches; de nos guérisseurs de salon, diplômés et patentés, brevetés en France et à l'étranger, décorés parfois et toujours ornementés d'innombrables crachats européens ou exotiques. Leur tambour n'est pas de ce genre. C'est la plume, arme souvent redoutable et fort tapageuse dans les mains déshonnêtes. C'est le livre, ce merveilleux instrument de la vérité scientifique, le livre qu'ils ne respectent plus. C'est un certain journalisme scientifique ou médical qu'ils transforment en sociétés en commandite pour célébrer leurs recettes pharmaceutiques ou pécuniaires et exploiter la naïveté publique ... Mais halte-là! *Non est hic locus*, disaient les argumentateurs en Sorbonne et les Chicaneau de l'ancien bar-

fait de nombreuses tentatives pour composer des boissons dans lesquelles entrerait l'acide phénique. Pendant longtemps nous avons échoué; depuis quelques mois seulement nous faisons usage d'une limonade que le plus grand nombre des malades accepte. Elle contient pour 750 gr. d'eau, 3 gr. d'acide phénique et 1 gr. ou 1 gr. 50 d'essence de citron. Nous pouvons ainsi, suivant les cas, donner toutes les trois heures 125 ou même 250 gr. de cette solution, ce qui fait cinquante centigr. ou un gramme d'acide phénique.

Ce mode d'administration nous donne de bons résultats. Il nous permet du reste d'ajouter, quand le cas le nécessite, un ou deux lavements par jour.

Pour le salicylate de soude, les difficultés d'administration sont moindres, le médicament pouvant être pris en paquets ou en solutions concentrées. Ordinairement, c'est aux paquets ou aux solutions concentrées que nous avons recours. Le plus grand nombre des malades les accepte sans trop de répugnance. Il en est cependant dont l'estomac devient intolérant malgré tous les artifices employés. Il faut alors recourir aux lavements que les sujets intelligents arrivent rapidement à préférer, surtout si, comme nous le conseillons habituellement, le médicament est donné à doses massives. Ce n'est pas, en effet, par cuillerées à bouche, comme une potion ordinaire, qu'il faut prendre les potions salicylées; ainsi prises, elles n'ont qu'une action très lente et incertaine; il faut les prendre en deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, alors on en obtient des effets sûrs et vraiment merveilleux; souvent en moins d'une heure la fièvre et les douleurs sont calmées et en quelques heures le malade reprend la liberté de ses mouvements. Aussi, nous n'hésitons pas à conseiller trois, quatre et cinq grammes de salicylate en un seul lavement. Les effets gênants sont négligeables lorsqu'on les compare au bien être qui en résulte pour le malade.

Nous serons bref sur le mode d'action et avouerons franchement qu'il nous échappe. Nous savons bien que chez les fébricitants, peu après l'administration de l'acide phénique ou du salicylate, la peau rougit, les glandes sudorales sécrètent abondamment, le pouls prend de l'ampleur, la température baisse, etc., et qu'en même temps que se produit ce mouvement d'expansion le malade accuse un grand bien-être. Nous savons bien que ces effets ne durent que de une à trois heures en général, mais par quel mécanisme se produisent-ils? Y a-t-il là simplement une action sur le système nerveux central et par lui sur la circulation et les sécrétions dont les modifications amèneraient l'abaissement thermique, ou bien l'acide phé-

---

reau. Il serait trop facile de m'étendre sur ce sujet ou de voyager dans ce fameux duché qui reçut du regretté Amédée Latour le nom de Plif-Plaf-Plof et dont les frontières ne sont pas, après tout, aussi éloignées de nous que le royaume d'Honolulu.

D'ailleurs, chers lecteurs, je n'éprouve pas la fringale de la critique ni la boulimie du loup de la fable : *Quærens quem devoret*. Je n'ai nulle envie de tirer un coup de pistolet; aussi je laisse, sans regret, à ces bruyants guérisseurs le soin et le profit d'allumer le pétard et de battre le tambour sur le champ de la foire aux imbéciles.

***

Pétards retentissants et bruyants tambours que ces livres tapageurs et ces abracadabrantes communications aux Sociétés savantes. Comme les bons pétards, qui sont l'honneur des artificiers habiles, ils font surtout du fracas et de l'éclat. Ils détonnent et fixent pour un instant l'attention de la foule ébahie.

Mais un seul pétard ne suffit pas quelquefois. Après un premier livre, j'allais dire un premier pétard, sur les maladies du sang, voici venir un autre volume : c'est-à-dire un autre pétard. Il traitera des maladies du cœur, du foie ou de la rate. Qui donc dans la vie n'éprouve pas de palpitations de cœur? Qui donc n'a pas la jaunisse? Vite! un coup de baguette, un roulement de tambour! et en avant la grosse caisse! Le livre est lancé!

Ce livre se vendra. S'il ne profite pas à la science, il profitera du moins à son auteur. Bientôt le cabinet de l'habile homme sera trop petit pour ces nombreux malades imaginaires, toujours à l'affût des prétendues nouveautés médicales et pharmaceutiques. Un an, deux ans, trois ans se passent. La faveur de la foule diminue. La crédulité publique s'affaiblit. Il lui faut un stimulant, un tonique, un corroborant. Alors, autre détonation, autre roulement de tam-

nique et le salicylate ont-ils une action sur l'agent pyrétogène? Nous ne saurions le démontrer et par conséquent l'affirmer.

De sérieux motifs, cependant, permettent de penser que ce n'est pas seulement en modifiant la circulation et les sécrétions que ces agents abaissent la température et modèrent ou suppriment tous les phénomènes fébriles. Outre qu'il existe, en effet, d'autres médicaments excitants de la circulation et des sécrétions dont l'action sur la température est nulle ou presque nulle, le jaborandi et la pilocarpine, par exemple, qui ne nous ont jamais donné aucun résultat chez les sujets que l'acide phénique et le salicylate avaient soulagés; nous avons souvent remarqué, et d'autres observateurs ont remarqué comme nous, que quelquefois l'abaissement thermique est très net, lorsque le pouls n'a pas sensiblement varié et que les sueurs n'ont pas apparu. Plusieurs fois même elles ont tout à fait manqué.

Quant à l'action sur l'agent pyrétogène encore inconnu, c'est une hypothèse plausible mais non encore démontrée. Nous avons fait des expériences pour la vérifier, mais les résultats sont trop contestables pour que nous les exposions.

Du reste, quel que soit le mode d'action, les effets sont connus, et cela suffit au point de vue où nous nous plaçons ici.

(*La fin à un prochain numéro.*)

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de médecine* du 10 juillet 1882.

Du paludisme congénital, et du rôle de l'hérédité dans l'étiologie du paludisme infantile, par Ch. Leroux. — Conclusions :

1° Il est aujourd'hui encore impossible d'affirmer nettement l'existence d'un paludisme congénital et de fixer le rôle que peut jouer l'hérédité dans l'étiologie du paludisme infantile. Les observations ne sont ni assez nombreuses ni assez probantes.

2° Cependant, certains faits d'hypertrophie congénitale de la rate, trouvée chez des enfants nés de mères impaludées, alors que cette hypertrophie ne pouvait être rapportée à aucune autre cause et coïncidait même avec certaines lésions caractéristiques de la cachexie paludéenne, permettent de croire à l'existence probable d'un paludisme congénital et héréditaire.

3° Certains enfants paraissent apporter en naissant une prédisposition héréditaire telle qu'*en dehors de tout empoisonnement venant du milieu,* ils peuvent être pris, dans un temps

---

bour. A l'univers étonné d'une telle fécondité, un éditeur annonce un nouveau volume. C'est l'iatro-chimico-physiologie de la digestion. Le tour est joué. De tous les points de l'horizon accourt la foule des dyspeptiques, des gastralgiques, des hypochondriaques de l'Europe et des colonies! Le veau d'or d'Israël retrouve encore une fois l'embonpoint qu'il venait de perdre.

Mais, instabilité des œuvres humaines! Voici déjà que le vent n'est plus ni aux anémies, ni aux cardiopathies. La chimico-physiologie a fait son temps, *Sic transit gloria mundi.* Les recettes baissent et les clients sont rares. Allons! un effort d'imagination. Il est à l'horizon une nouvelle doctrine scientifique. Jusqu'ici les savants seuls se sont occupés des bactéries, des micrôccus et des micro-organismes. Cette mine inexplorée attend son exploiteur. Voilà pourquoi, sans être ni sorcier ni prophète, on peut déjà prédire la naissance d'un livre sur le bactéridisme appliqué... à l'étude encore inédite des maladies de la plante du pied.

Eh bien, croyez moi, tambourineurs et tambours, vous pourriez récolter une plus abondante moisson de gloire, peut-être, — bast! que vous importe la gloire? — mais d'écus assurément, de louis, de douros, ducats, piastres, dollars et guinées. Vous auriez de plus, chose inconnue pour vous, la reconnaissance des gens austères et d'une très nombreuse classe de nos semblables. Du haut de l'Olympe, le vieil Apollon lui-même daignerait jeter sur vous un regard de satisfaction.

Vous n'avez certainement pas oublié l'antique mésaventure du dieu de Delphes avec une certaine Coronis, fille de Phlégyas, roi des Lapithes et mère d'Esculape. Devenue enceinte de ses œuvres divines, elle accorda maladroitement ses faveurs, au dire du poëte Pindare, à un certain Ischies, citoyen d'Arcadie. Eh bien, il mérite la gratitude de ses semblables. Vengez le père outragé du demi-dieu de la médecine; rendez-lui son diadème et enlevez-lui des appendices céphaliques qui le déparent!

très rapproché du moment de la naissance, d'accès fébriles intermittents, qui reproduisent quelquefois le type observé chez la mère.

L'hérédité suffit-elle à expliquer ces cas? Nous avons justifié nos réserves sur ce point, et nous avons montré dans quel sens les nouvelles recherches doivent être entreprises; l'observateur devra, autant que possible, élucider sur place qu'elle est l'influence exercée par la mère ou par le milieu.

4° En l'absence de tout empoisonnement paludéen acquis, bien évident, l'hypothèse de l'hérédité peut-elle expliquer le caractère intermittent de certaines affections et la puissance de la médication anti-périodique? C'est sur ce point que devront porter les investigations nouvelles.

Contribution à l'étude des lésions cérébrales localisées au lobule de l'insula, par MM. Raymond et Brodeur. — Les trois observations analysées dans ce travail sont des exemples types de lésions localisées au lobule de l'insula. Ces lésions sont extrêmement rares; on peut s'en assurer en parcourant les travaux de Duret (*Arch. phys.*, 1874), de Charcot et Pitres (1877), de H. de Boyer, de Grasset, de Ferrier, etc., qui renferment la plupart des observations connues relatives aux lésions de cette région du cerveau.

Les trois observations de MM. Raymond et Brodeur tendent à démontrer que des lésions absolument localisées au lobule de l'insula se traduisent, cliniquement, par une hémiplégie ayant les caractères suivants : hémiplégie totale portant à la fois sur le bras et sur la jambe, sans que le tronc ainsi que la face et ses divers organes soient intéressés; hémiplégie dans laquelle le bras est infiniment plus paralysé que la jambe; hémiplégie flasque, sans contractures, sans troubles de sensibilité, sans particularité spéciale du côté des réflexes cutanés et tendineux; hémiplégie cérébrale, avec les réactions électriques indiquées en pareil cas.

Le *Recueil de faits* contient : 1° une observation de *Paralysie de la sixième paire avec déviation conjuguée, dans un cas d'hémiplégie alterne*, par J. Garel; 2° un cas de *Fièvre typhoïde avec ictère grave et atrophie jaune aiguë du foie*, par Ch. Sabourin.

Deux *Revues générales* : l'une sur *Les ictères graves et les hépatites parenchymateuses*, leçons de E. Lancereaux à la Pitié, résumées par O. Guelliot; l'autre est celle de R. Lépine sur *L'albuminurie et la pathogénie rénale*, dont nous avons signalé le commencement dans le numéro de juin, et qui n'est pas encore terminée.

Une récompense nationale a été accordée avec raison aux inoculateurs des moutons et des bêtes à cornes. A l'œuvre donc, tambourineurs! piquez-vous d'émulation et annoncez un vaccin nouveau, vaccin admirable, vaccin merveilleux! le vaccin qui, jusqu'à ce jour, a été la pierre philosophale de la morale contre ce défaut qui est la pierre d'achoppement des moralistes. Préservez donc l'espèce la plus intéressante des bêtes à cornes, l'espèce qu'on oublie, l'espèce dont on rit. Je l'ai nommée : c'est l'espèce... des maris!

Et maintenant, s'il est vrai qu'en France tout finit par des chansons, ne croyez-vous pas avec moi que tout y commence aussi par des tambours?

Dr Nemo.

Service médical de nuit. — Le service médical de nuit dans la ville de Paris a eu à faire, du 1er avril au 30 juin 1882 (d'après la statistique du docteur Passant, son fondateur), 1,518 visites, soit 106 de plus que dans la période correspondante de 1881. Les hommes entrent dans la proportion de 37 p. 100; les femmes de 50 p. 100; les enfants au-dessous de 3 ans, de 13 p. 100. Les arrondissements qui ont réclamé le plus de visites sont le 11e (163), le 20e (154), le 17e (121), le 18e (120), le 14e (110), le 19e (104). Ceux qui en ont le moins réclamé sont le 1er (33), le 16e (20), le 8e (12). Sur ce chiffre de 1,518 visites, nous n'en relevons que 18 pour l'alcoolisme et le delirium tremens.

Les cas d'accouchement et de délivrance sont au nombre de 140, presque le 10e des visites. Parmi les autres maladies ou accidents qui réclament des soins immédiats, nous trouvons 48 cas de croup, 21 de hernie étranglée; 78 hémorrhagies, 8 empoisonnements, 5 asphyxies par le charbon, 4 suicides. Dans 35 cas, le malade était mort à l'arrivée du médecin.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. P. Chapoteaut adresse une note *Sur le suc gastrique.*

« Dans la note que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, j'ai fait voir que la solution aqueuse du suc gastrique (desséché et lavé préalablement à l'éther jusqu'à cessation de coloration de ce véhicule), étendue de son volume d'alcool à 95°, laisse précipiter un corps pulvérulent blanc; l'alcool modifiant ce précipité, nous l'obtenons de préférence en acidulant la liqueur aqueuse par l'acide sulfurique ou d'autres acides qui, même en excès, ne peuvent le redissoudre; l'acide chlorhydrique en excès le redissout au contraire facilement.

Ce précipité blanc constitue bien la partie active du suc gastrique; en voici la preuve: au bout de cinq à six minutes, en présence de l'acide lactique (10 à 12 gouttes dans 5^{cc} d'eau), il transforme à froid la fibrine et la viande en syntonine; en portant le mélange à + 60°, il le peptonise. Un litre d'eau en dissout 2 g^{r}. à la température ordinaire; soluble dans les alcalis, précipitable de cette solution par les acides en perdant d'ailleurs peu à peu ses propriétés, sa solution aqueuse est incoagulable à + 100°, mais a perdu toute action dissolvante à cette température; elle est précipitée par les solutions de chaux, de baryte, de sous-acétate de plomb et n'exerce aucune action sur la lumière polarisée.

Sa teneur en carbone, hydrogène et azote est la suivante: C. 51; H. 7,2; Az. 15,4, composition très voisine, on le voit, de celle des albumines.

Ce corps, dont nous espérons fixer complètement la composition, l'origine, et que nous croyons devoir appeler *pepsine*, se trouve dans le suc gastrique à l'état de sel de potasse, en même temps qu'une autre albumine, *sans propriétés dissolvantes à l'égard de la fibrine du sang,* et que l'acide gras, dont nous avons déjà parlé et auquel le suc gastrique doit ses propriétés acides. Cet acide n'a d'ailleurs aucun pouvoir dissolvant par lui-même; il ne peut déplacer à froid la pepsine de sa combinaison potassique, et même, à 50°, son action est très faible.

Les faits que nous venons de constater ont été observés sur le suc gastrique de mouton. »

M. Larrey présente une note de M. G. Le Bon *sur deux nouveaux antiseptiques* : le glycéroborate de calcium et le glycéroborate de sodium.

« La découverte d'un agent antiseptique puissant, et jouissant en outre de la propriété d'être très soluble, sans odeur, et nullement toxique, présenterait sans doute un intérêt considérable. Les deux corps que je présente aujourd'hui à l'Académie, le glycéroborate de calcium et le glycéroborate de sodium, jouissent des propriétés que je viens d'énumérer.

Pour obtenir le premier, il suffit de chauffer ensemble, à une température d'environ 160° et en agitant constamment, parties égales de borate de chaux et de glycérine, et de prolonger l'opération jusqu'à ce qu'une goutte du mélange, retirée avec une baguette et posée sur une plaque de verre, donne une perle incolore, cassante et transparente comme du cristal. Si l'on coule alors le liquide sur une plaque métallique, il se prend par le refroidissement en masse transparente comme le verre et qui se brise facilement; il faut introduire rapidement les fragments, pendant qu'ils sont encore chauds, dans un flacon à l'émeri bien sec.

Le glycéroborate de sodium se prépare de la même façon: on remplace simplement le borate de chaux par du borate de soude. Si l'on emploie le borate de soude fondu, c'est-à-dire anhydre, il faut 150 parties de glycérine pour 100 parties de borax.

Ces deux corps jouissent de propriétés analogues. Ils fondent à une température d'environ 150° et sont très hygrométriques. Si on les abandonne à l'air, ils se liquéfient très rapidement en absorbant leur poids d'eau. L'eau ou l'alcool peuvent d'ailleurs dissoudre le double de leur poids de glycéroborate.

Même en solution étendue, les glycéroborates de calcium et de sodium sont des agents antiseptiques très puissants (1). Le glycéroborate de sodium m'ayant semblé, au point de vue thérapeutique, supérieur au glycéroborate de calcium, c'est de lui que je me suis surtout occupé.

Au point de vue antiseptique, ce corps présente sur l'acide phénique l'avantage d'être

(1) Les glycéroborates ne pouvant être employés qu'à l'état de solution, il faut, pour obtenir des solutions toujours comparables à elles-mêmes, les titrer par une analyse volumétrique. L'opération est fort simple et ne prend que quelques minutes. Le glycéroborate chauffé suffisamment peut contenir 5 pour 100 de borax anhydre. Le produit solide contient alors, en réalité, autant de borax que le borate de soude cristallisé, mais l'eau y est remplacée par de la glycérine.

soluble dans l'eau en toutes proportions, et surtout d'être absolument inoffensif. On peut l'appliquer à l'état concentré sur des organes aussi sensibles que l'œil, sans inconvénient.

Au point de vue de l'hygiène, on l'emploiera utilement comme désinfectant et pour conserver la viande ou les produits alimentaires. J'ai pu envoyer à la Plata des viandes recouvertes d'un simple vernis de glycéroborate ; elles sont arrivées aussi fraîches qu'au départ.

Au point de vue médical, on peut faire usage des solutions de glycéroborate en injections, en application sur les muqueuses, dans les pansements chirurgicaux, dits de Lister, etc. »

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT du 17 au 22 juillet 1882.

Lundi 17 et mardi 18, pas de thèses.

Mercredi 19. — M. Aubry : sur l'angine de poitrine. (Président, M. Bouchardat.)

— M. Neurisse : Contribution à l'étude de la dothiénenterie chez les enfants. (Président, M. Parrot.)

— M. Guillevic : Essai sur les abcès spontanés du cerveau. (Président, M. Fournier.)

— M. Vincent : Du prurigo chronique et en particulier du prurigo d'Hébra. (Président, M. Fournier.)

— M. Roland : Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses. (Président, M. Fournier.)

— M. Delhomme : De l'atrophie cerébrale infantile. (Président, M. Charcot.)

— M. Nordau : De la castration de la femme. (Président, M. Charcot.)

— M. Perdrier : Des lésions du lobule de l'insula. (Président, M. Vulpian.)

Jeudi 20. — M. Larrieu : Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer de la langue et en particulier de la ligature atrophiante des artères linguales. (Président, M. Richet).

— M. Philippon : Contribution à l'étude de l'entorse des cinq dernières vertèbres cervicales. (Président, M. Richet.)

— M. Chevrot : Recherches sur la rétraction de l'aponévrose palmaire et son traitement chirurgical. (Président, M. Richet.)

— M. Mallet : Étude sur les taches bleues. Historique et recherches nouvelles. (Président, M. Lasègue.)

— M. Pouget : De la chute des ongles dans les affections nerveuses et en particulier dans l'ataxie locomotrice. (Président, M. Laboulbène.)

— M. Guérin : Du traitement de la gale par le naphtol. (Président, M. Hardy.)

— M. Carle Gessard : De la pyocyanine et de son microbe; colorations qui en dépendent dans les liquides organiques. (Président, M. Bouchard.)

Vendredi 21. — Pas de thèses.

Samedi 22. — M. Delprat : Des complications cardiaques du rhumatisme blennorrhagique. (Président, M. Hardy.)

— M. Queudot : Des crises doulouseuses qui peuvent se montrer sur les voies urinaires et dans les organes génitaux au cours de l'ataxie locomotrice. (Président, M. Hardy.)

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Leloir comme chef de clinique titulaire.

— Le concours du clinicat obstétrical vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Maygrier, comme chef de clinique titulaire, et Bar, comme chef de clinique adjoint.

— Les vacances annuelles commencent le dimanche 6 août 1882. La réouverture de la Faculté aura lieu le 15 octobre.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

ACTION COMPARÉE DE L'ACIDE PHÉNIQUE ET DU SALICYLATE DE SOUDE [1],

Par le docteur Henri DESPLATS,

Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille,
médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

V

Inconvénients que peut présenter l'administration de l'acide phénique ou du salicylate de soude. — Objections qu'on a faites à leur emploi.

Bien des accusations ont été portées contre l'acide phénique et le salicylate de soude. Il est à remarquer que c'est surtout par les médecins qui les ont peu ou point employés. On s'est demandé d'abord si on pouvait considérer comme un bien la disparition des accidents qu'ils sont destinés à combattre ; si la fièvre dans la pyrexie ou les phlegmasies n'a pas un rôle utile, si les fluxions articulaires avec le cortège habituel de symptômes qui les accompagnent ne sont pas la manifestation la moins grave du rhumatisme et si, à ce titre, on ne doit pas la respecter dans la crainte de celles qui pourraient les remplacer. Ces objections sont abandonnées depuis qu'il est généralement admis que l'élévation thermique, lorsqu'elle est extrême, crée un danger, et lorsqu'elle est modérée et durable, engendre des lésions organiques secondaires, souvent irremédiables.

Quant aux fluxions articulaires secondaires, il est vrai qu'elles sont moins à redouter que les autres manifestations rhumatismales, mais il faut se garder de croire que leur disparition favorise les lésions viscérales, au contraire elle les éloigne et les rend moins menaçantes, car l'expérience montre que moins longtemps dure le rhumatisme articulaire, plus rares et moins graves sont les complications viscérales qu'il engendre.

La seconde objection ou plutôt la seconde accusation portée contre la médication défervescente par l'acide phénique ou le salicylate de soude, est basée sur les accidents que l'administration de ces agents entraîne. On les a rendus responsables de toutes les complications, insolites ou non, dues à la maladie elle-même (accidents cérébraux, albuminurie, manifestations pulmonaires, etc.).

Ces accusations ont plus de crédit et méritent d'être examinées. Nous allons le faire rapidement. Introduits par l'estomac, l'acide phénique et le salicylate peuvent provoquer des troubles gastriques; éliminés très activement par les reins, ils peuvent amener des troubles rénaux ; entraînés dans le courant circulatoire, ils peuvent par lui agir sur le cerveau et les autres viscères et exercer une influence sur la nutrition de divers organes. A-t on donné des preuves que les deux agents dont nous nous occupons aient une action nuisible sur les divers organes dont nous venons de parler ? Arès avoir examiné les faits publiés, nous ne craignons pas de répondre par la négative.

Il est vrai que souvent l'estomac accepte mal le salicylate ou l'acide phénique, et que des nausées surviennent ou même des vomissements. Ce sont là des troubles tout à fait passagers, sans importance, et qui indiquent d'administrer le médica-

(1) Suite et fin. — Voir l'UNION MÉDICALE des 22, 25 et 29 juillet 1882.

ment par une autre voie. Ils cessent dès qu'on renonce à l'administration par la voie stomacale.

Les troubles rénaux seraient plus graves s'ils étaient démontrés, mais, après un examen attentif, nous ne craignons pas de dire non-seulement que leur fréquence a été singulièrement exagérée, mais que leur existence n'a même pas été établie. Sans doute on a publié des observations de fièvre typhoïde, de rhumatisme, de variole, etc., traitées par l'acide phénique ou le salicylate, et dans le cours desquelles l'albuminurie était apparue, mais jamais on n'a prouvé que cette complication fût due au traitement. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'albuminurie est commune dans toutes les fièvres, quel que soit le traitement suivi, et que ce serait une grave faute d'en faire porter la responsabilité à un seul.

Pour que cette appréciation fût légitime, il faudrait établir, en s'appuyaut sur un grand nombre de faits, que l'albuminurie est sensiblement plus fréquente lorsque les malades sont traités par les deux agents dont nous nous occupons. Or, ce travail n'a pas été fait. On a bien publié des observations isolées, mais elles ne prouvent rien, puisque jusqu'ici nous n'avons aucun moyen de distinguer l'albuminurie, qui serait le fait de la maladie de celle qu'il faudrait attribuer au traitement. Depuis que nous nous occupons de l'acide phénique et du salicylate, nous avons été toujours attentif à ce sujet, et nous croyons pouvoir dire que souvent, sous nos yeux, l'albuminurie est apparue chez les malades phéniqués ou salicylés, qu'elle s'est développée, a décru et finalement disparu sans qu'aucune modification eût été apportée au traitement. Peut-on donner une meilleure preuve que cette albuminurie était sous la dépendance de la maladie et non de la médication? Mais, dira-t-on, on ne peut nier que ces deux agents ne traversent le rein et n'entraînent d'importantes modifications de l'urine. Que sont ces modifications, sinon l'indice des altérations dont l'organe sécréteur est le siège? Il est vrai que l'on a signalé la coloration noire ou brune des urines provenant de malades phéniqués. Il est vrai que l'on a signalé aussi la polyurie comme fréquente pendant la convalescence des malades phéniqués ou salicylés. Ces faits, nous les avons nous-même constatés et signalés, mais ils sont loin d'avoir la signification grave qu'on leur attribue. La coloration noire, que beaucoup d'auteurs considèrent comme un signe d'intoxication, ne signifie rien, sinon que l'acide phénique passe dans les urines. Elle n'a pas plus de valeur que la coloration verdâtre chez les malades qui ont absorbé de la santonine ou l'odeur spéciale chez ceux qui ont pris de la térébenthine ou mangé des asperges; aussi conseillons-nous de ne pas s'en préoccuper.

Quant à la polyurie, elle signifie moins encore. C'est un fait banal qui se produit pendant la convalescence de toutes les maladies graves. Nous avions cru d'abord qu'il était particulier aux malades traités par l'acide phénique et le salicylate, et nous l'avions aussitôt publié; mais, depuis, une observation plus attentive nous a montré que la polyurie se produit fréquemment pendant la convalescence des maladies graves, quel qu'ait été le traitement, aussi estimons-nous qu'elle ne doit plus figurer au nombre des complications observées.

Il ne reste donc rien de ces complications rénales si redoutées, que l'obligation pour le médecin de surveiller attentivement la fonction urinaire, parce que c'est par le rein que l'acide phénique et le salicylate doivent s'éliminer.

Après les troubles rénaux, ce sont les troubles cérébraux qui ont le plus d'importance. Ils varient depuis le simple bourdonnement d'oreilles jusqu'aux convulsions, aussi convient-il d'examiner dans quelles conditions ils se produisent et s'ils ne peuvent pas être évités.

Les bourdonnements d'oreilles accompagnés d'un peu de surdité sont fréquents après l'administration du salicylate, mais ils ne sont pas plus prononcés, ni plus durables, ni plus constants que pendant la médication quinique, et on ne s'en préoccupe guère lorsque le sulfate de quinine est indiqué. Ils ne doivent pas davantage empêcher de recourir à la médication salicylée. Si on est obligé d'augmenter les doses, la surdité deviendra plus grande et les bourdonnements plus pénibles,

mais cela se produit encore lorsqu'on donne de fortes doses de quinine et n'y fait pas renoncer. Il en sera de même pour le salicylate. Que de médicaments on administre sans crainte tous les jours, qui ont des effets physiologiques plus prononcés et plus inquiétants! Nous ne citerons que l'opium, la belladone, le chloral, le chloroforme, etc. Les troubles cérébraux qu'ils entraînent les ont-ils fait abandonner? Non certes, car, pour plusieurs, ce sont même ces troubles cérébraux qui sont le fondement de leur action thérapeutique. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que jamais ils ne doivent empêcher de recourir à la médication salicylée, si elle est indiquée.

Contre l'acide phénique on a fait de plus graves objections. D'abord les doses qu'on doit administrer, pour obtenir des effets antipyrétiques ou analgésiques, sont très supérieures à ce que les auteurs indiquaient jusqu'ici comme dose maximum; en second lieu, des accidents positifs ont été signalés. Il a, dès lors, été facile, et en apparence légitime, d'en conclure que la médication phéniquée est dangereuse et expose à des accidents toxiques. Voyons ce que valent ces assertions.

Nous dirons d'abord que c'est d'une manière tout à fait arbitraire que les doses *maxima* ou *minima* de divers médicament ont été fixées. Cela est particulièrement vrai de l'acide phénique, qu'on n'avait pas osé administrer avant nous à une dose supérieure à 50 centigrammes ou 1 gramme, et cela sans aucun motif. Ces doses étaient données sans critérium et presque sans but; on recherchait des effets antiseptiques, et on ne possédait aucun moyen de reconnaître s'ils avaient été obtenus. Du reste, jamais on n'avait signalé aucun accident. Des accidents et la mort même n'avaient été constatés qu'après l'administration criminelle de doses énormes (15, 20. 25 gr. en une fois).

Depuis que nous avons donné l'acide phénique contre la fièvre et que nous avons contrôlé ses effets, le thermomètre à la main, il a été possible de mesurer, de la manière la plus précise, l'action de ce médicament et d'apprécier la dose nécessaire pour obtenir le résultat poursuivi. Jamais la fièvre, quelle qu'en fût la nature, n'a résisté. Toujours nous avons obtenu la défervescence, plus ou moins prompte, plus ou moins durable, suivant la dose administrée. Pour déterminer les doses, la résistance de la fièvre, appréciée par le thermomètre, a été notre seul guide. Toujours nous avons commencé par des doses moyennes que nous avons dû progressivement augmenter si la température ne cédait pas. En suivant cette méthode, nous n'avons jamais eu d'accidents à regretter. Ils n'ont été observés que lorsque la dose nécessaire pour faire tomber la température avait été dépassée. Or, cela ne peut arriver si on procède avec prudence et si on a soin de n'augmenter les doses que progressivement.

En relisant les très nombreuses observations prises depuis plusieurs années dans notre service, nous constatons que l'hypothermie n'a été produite que quatre fois, et chaque fois c'était au début du traitement, parce que, sans avoir tâté la susceptibilité des malades, on leur avait administré des doses trop fortes. Depuis, notre attention a été éveillée, et jamais pareil accident ne s'est reproduit dans notre service.

Quant aux convulsions, nous avons eu l'occasion de le dire ailleurs, elle n'ont été observées qu'une fois après l'administration de 5 grammes d'acide phénique en un seul lavement. Elles ne se sont plus reproduites depuis. Dans les expériences que nous avons faites sur les chiens, il a fallu toujours donner de 2 à 4 grammes d'acide phénique, selon la taille de l'animal, pour produire des convulsions.

Nous pouvons donc dire que l'administration de l'acide phénique et celle du salicylate de soude ne présentent aucun danger, si on se borne à les administrer aux doses nécessaires pour produire l'abaissement de la température ou la cessation des douleurs. Ces doses ne peuvent être déterminées d'avance; elles varient avec chaque sujet et avec chaque fièvre, aussi nous garderons-nous de donner des chiffres qui seraient au-dessus ou au-dessous de la vérité. Le médecin se trouve en présence d'une indication à remplir, il a en main le moyen d'y satisfaire. C'est à lui de s'en servir hardiment. Notre expérience nous permet de le rassurer contre les

dangers qu'il pourrait redouter. On court moins de risque en calmant les douleurs atroces d'un rhumatisant par le salicylate ou la fièvre ardente d'un typhique par le phénol, qu'en endormant un opéré par le chloroforme.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

SUR L'ABLATION DES GANGLIONS AXILLAIRES DANS L'AMPUTATION DU SEIN CANCÉREUX.

Le 14 décembre 1881, M. le docteur Kirmisson, chirurgien des hôpitaux, lisait à la Société de chirurgie de Paris un travail dans lequel il posait en principe la nécessité d'enlever les ganglions axillaires, dans toute ablation de cancer du sein, quel que fût leur état apparent au moment de l'opération. Il proposait de prolonger les incisions parallèlement au bord inférieur du muscle grand pectoral jusque dans l'aisselle, et d'enlever, en même temps que toute la glande mammaire, la zone de tissu cellulaire qui l'environne, ainsi que son prolongement axillaire. Les vaisseaux lymphatiques qui relient la mamelle aux ganglions de l'aisselle, étant ainsi enlevés en même temps que ces ganglions, M. Kirmisson espérait par cette pratique se mettre à l'abri des récidives qui se font si souvent, après l'ablation des cancers du sein, dans la région qui s'étend de la partie externe de la mamelle jusques et y compris l'aisselle.

La Société de chirurgie accueillit avec faveur ce travail, et, s'il y eut quelques réserves, ce fut seulement au point de vue de la priorité que M. Th. Anger, chargé de faire un rapport sur la communication de M. Kirmisson, crut devoir faire remonter à Velpeau. Je n'insiste pas sur ces détails, qu'on trouvera dans les Bulletins de la Société. Je tiens seulement à faire remarquer que le travail de M. Kirmisson fut communiqué à la Société de chirurgie le 14 décembre 1881, et que M. Th. Anger lut son rapport dans la séance du 1er février 1882, lequel rapport, résumé dans les journaux de la semaine, parut *in extenso* dans les fascicules des Bulletins de la Société du 5 mars suivant.

Or, le 27 mars, M. Pearce Gould lisait justement à la Société médicale de Londres un travail intitulé : *De l'opportunité de l'énucléation des ganglions axillaires dans les cas d'ablation de cancer de la mamelle.* — Cette note commence ainsi : « Mon but est de démontrer que ans tous les cas où la mamelle est amputée pour affection cancéreuse, le chirurgien devrait aussi enlever les ganglions axillaires. » La première pensée qui vient à l'esprit, en lisant ce titre et cette entrée en matière, est que M. Pearce Gould a voulu prendre la parole dans la discussion soulevée à la Société de chirurgie par M. Kirmisson (1). Or, le chirurgien anglais ne parle ni du travail de notre compatriote, ni de la discussion qui a suivi sa lecture. Est ce parti pris? Est-ce simplement ignorance? M. Pearce Gould est trop au courant de la littérature contemporaine (il nous l'a prouvé dans mainte occasion et tout dernièrement encore dans son travail sur le traitement des anévrysmes par la compression élastique) pour que nous croyions à son ignorance; d'autre part, il nous répugne de penser que le jeune chirurgien de Westminster Hospital, dont la réputation est déjà fondée sur d'excellentes bases, se rende coupable d'un de ces dénis de justice si fréquents chez nos confrères d'outre-Rhin; nous aimons mieux penser qu'il y a eu coïncidence entre ces deux travaux, inspirés peut-être par une même idée, toute d'actualité du reste, et qui consiste à enlever, en même temps qu'une tumeur maligne, les ganglions lymphatiques correspondant à la région ou à l'organe qu'elle occupe.

D'ailleurs, M. Samuel Gross, de Philadelphie, a présenté au Congrès de Londres, au mois d'août dernier, un travail sur les tumeurs malignes du sein chez la femme, dans lequel il recommande, en cas de carcinome, d'ouvrir le creux axillaire afin de l'explorer et d'enlever tout ganglion dont la présence ne pouvait être reconnue avant l'opération. La communication de M. Gross a été probablement le point de départ des recherches de M. Gould, présent au Congrès de Londres, mais elle n'a été publiée qu'en janvier 1882, postérieurement à celle de M. Kirmisson.

Quoi qu'il en puisse être, voici l'analyse du travail de M. Pearce Gould.

Ce travail porte sur deux points : 1° les cas compliqués d'engorgement évident des ganglions axillaires; 2° les cas exempts d'engorgement ganglionnaire.

Dans le premier cas, l'auteur se demande s'il est bon ou mauvais de pratiquer l'ablation d'un cancer du sein lorsque les ganglions lymphatiques de l'aisselle sont évidemment hypertrophiés

(1) La communication de M. Gould, à la Société médicale de Londres, a été suivie d'une discussion assez semblable à celle de la Société de chirurgie et que, pour cette raison, nous ne reproduisons pas. La question de priorité a été toutefois laissée de côté. (Voir *The Lancet*, 8 avril 1882, p. 560 et 568.)

par une infiltration secondaire d'éléments cancéreux. La réponse à cette question dépend de celle qu'on peut faire à deux autres qu'elle entraîne : 1° Peut-on enlever sûrement les ganglions cancéreux de l'aisselle ? 2° L'infection cancéreuse s'arrête-t-elle aux ganglions lymphatiques assez longtemps pour que, cette hypertrophie ganglionnaire étant manifeste, la généralisation cancéreuse ne soit pas encore étendue aux organes internes ?

Dans la plupart des cas, on peut enlever sans trop de danger les ganglions axillaires, sans blesser les vaisseaux et nerfs de l'aisselle; avec de l'attention et beaucoup de patience on peut même, dans les cas difficiles, quand les ganglions dégénérés sont volumineux et adhérents, arriver à les isoler des parties voisines et à jeter une ligature sur leur pédicule supérieur. Les dangers secondaires à l'opération, l'inflammation du creux axillaire et la thrombose de la veine du même nom sont rares, surtout depuis l'emploi du drainage antiseptique. Il n'y a pas à s'y arrêter.

Quant à la seconde question, M. Gould pense qu'il s'écoule toujours plusieurs mois entre l'apparition de l'engorgement des ganglions de l'aisselle et celle des signes de généralisation dans les organes internes. Des recherches faites dans le but de contrôler cette donnée lui ont démontré : 1° Que l'infection secondaire de l'organisme, en cas de cancer, sans infection ganglionnaire antérieure, est très rare; il ne l'a rencontrée que dans 13 cas sur 100. 2° Que dans les cas de mort par cancer du sein, l'infection des ganglions se rencontre bien plus souvent que celle d'aucun autre organe. Ainsi, dans 128 autopsies, les ganglions étaient cancéreux 115 fois, et le foie, qui vient ensuite le premier par ordre de fréquence, ne l'était que 55 fois, le poumon 28 fois; d'autres organes une fois seulement. Que signifient ces chiffres, sinon que le poison cancéreux venu du sein passe par les ganglions lymphatiques axillaires, et que ce poison est arrêté dans son passage à travers ces ganglions, et souvent pendant un temps très long. Ainsi, d'après les données de l'anatomie pathologique, l'opération est justifiable; au point de vue pratique, elle n'ajoute pas beaucoup aux dangers d'une opération plus simple, et, cliniquement, elle est suivie de succès; car, sur 93 cas rapportés par Oldekop et Winiwarter, et dans lesquels on a procédé ainsi, la moyenne de la vie consécutive fut de 39 mois 1/3. De son côté, Gross dit que, dans un tiers des cas soumis à l'opération complète, c'est-à-dire avec le nettoyage de l'aisselle, on n'a pas constaté de récidive avant six ans.

Dans les cas où il n'y a pas d'engorgement axillaire apparent, M. Gould se demande s'il est bon ou mauvais d'enlever aussi les ganglions de l'aisselle en même temps que le sein malade. Pratiquement, c'est très facile; on voit nettement les vaisseaux et les nerfs, et il n'y a qu'à faire la dissection du creux axillaire. Mais cette pratique a-t-elle un avantage ? M. Gould le pense, car, d'après lui, il est impossible, au début de l'infiltration des lymphatiques, de reconnaître l'hypertrophie ganglionnaire par la palpation ordinaire à travers la peau ; il cite à ce propos un cas dans lequel deux chirurgiens et lui-même n'avaient pu découvrir d'engorgement ganglionnaire avant l'opération et néanmoins le curage de l'aisselle ramena deux petits ganglions déjà dégénérés. De plus, la récidive dans les ganglions axillaires, outre la récidive locale, n'est pas rare après l'ablation de la mamelle seule, et la récidive dans l'aisselle est beaucoup plus fréquente après l'ablation du sein seul que lorsque les ganglions ont été enlevés.

M. Pearce Gould arrive donc à cette conclusion qu'il est opportun d'enlever les ganglions axillaires dans tous les cas de cancer du sein soumis à l'opération. La seule contre-indication qu'il reconnaisse est l'envahissement des parois thoraciques par le cancer.

Ce qui ressort d'ailleurs le plus clairement de ce qui précède, c'est que la pratique préconisée par M. Kirmisson, adoptée déjà par plusieurs de nos maîtres en France, par Billroth et ses élèves en Allemagne, par Samuel Gross en Amérique, et par un certain nombre de chirurgiens en Angleterre, cette pratique, disons-nous, paraît devoir s'imposer de plus en plus aux chirurgiens qui aiment mieux enlever en une seule fois tout le mal que de courir les chances de la récidive. Tant que l'ablation des tumeurs cancéreuses sera reconnue indispensable et qu'on n'aura pas trouvé de meilleur moyen de s'opposer à leur développement, c'est, croyons-nous, à cette pratique qu'il sera préférable d'avoir recours.

L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

Appareils nouveaux pour les lavages et les irrigations des plaies, par A. Poncet, Lyon, 1882.

Aucun des perfectionnements que subit la méthode antiseptique ne doit être passé sous silence. Quel que soit, en effet, le degré de perfection qu'atteint dès aujourd'hui la pratique lis-

térienne, quand on s'en rapporte simplement aux indications du maître, il faut s'attendre néanmoins à voir cette pratique modifiée de façons très diverses. Ces modifications, sur beaucoup de points, pourront être des améliorations véritables, car l'antiseptie doit comporter plusieurs procédés d'application, et nul ne peut se flatter, même à la suite de longues recherches, d'avoir trouvé le seul possible, celui qui doit rester immuable à travers les âges. Ceci est dans la nature des choses, même sans parler des chirurgiens qui ont modifié de parti pris, en vertu d'un travers inhérent à l'esprit humain, avant d'avoir expérimenté en conscience.

On a déjà remplacé l'acide phénique par beaucoup d'autres substances, avec plus ou moins de succès. On en est aujourd'hui aux poudres antiseptiques et à l'iodoforme, non sans réserves sérieusement motivées. Enfin les pièces du pansement, le matériel servant aux lavages ont à leur tour occupé l'attention des chirurgiens.

Dans cet ordre d'idées, les appareils nouveaux imaginés par notre collègue de Lyon, le docteur Poncet, méritent d'être pris en très sérieuse considération. Depuis deux ans, ce distingué professeur emploie dans son service, à l'hôpital de la Croix-Rousse, des cuvettes, des bassins de forme particulière, qui lui sont d'une grande utilité pour les pansements.

En dehors de certaines régions, telles que les extrémités des membres, personne n'ignore les difficultés qu'on éprouve à laver convenablement certaines plaies. Dans la crainte de voir les liquides mouiller le malade, imprégner et tacher les pièces de literie, on lave à peine, on fait de la propreté à moitié, méconnaissant ainsi les données fondamentales de l'antiseptie ; dans ces conditions, les résultats témoignent trop souvent de l'imperfection des procédés mis en usage.

Etant donné que les lavages à grande eau additionnée de substances fermenticides constituent aujourd'hui, pour beaucoup de chirurgiens, une des pratiques les plus nécessaires de la thérapeutique chirurgicale, les cuvettes et les bassins de M. Poncet permettent à toutes les plaies de bénéficier, quel que soit leur siège, des procédés antiseptiques. Ces appareils en zinc, au nombre de sept, ont été construits avec des moyennes de mensurations prises sur plusieurs sujets. Grâce à la souplesse, à l'élasticité des tissus, ces bassins se moulent toujours d'une façon suffisante sur les diverses régions. Ils portent les noms suivants, qui indiquent suffisamment leur usage : *cervi-cuvette*, *mammi-cuvette*, *thora-cuvette*, *brachi-cuvette*, *pelvi-cuvette*. Nous renvoyons, pour leur description, à l'intéressante brochure de M. Poncet. — L.-G. R.

Fragments de chirurgie antiseptique, par le docteur Jules Bœckel. — Germer-Baillière et Cᵉ; Paris 1882.

Ces « Fragments » résument la pratique du docteur J. Bœckel de l'année 1876 à l'année 1881. Si l'auteur a choisi ce titre, c'est qu'il a négligé à dessein les opérations où le pansement de Lister n'est pas strictement appplicable (face, organes génitaux et urinaires, rectum). Il ne s'occupe dans ce volume que de celles où la méthode peut être employée dans son ensemble et dans toute sa rigueur, celles où la réunion immédiate, qui pour lui constitue le fait dominant de la pratique listérienne, est possible; telles sont les amputations, les résections, les ligatures, etc.

L'auteur laisse également de côté toute question théorique, pour ne présenter que des faits. Certains chapitres sont plus étendus que d'autres; ce sont ceux qui ont trait à des sujets où la méthode antiseptique a changé, élargi le cadre des indications, créé de nouveaux procédés, fait naître ou revivre des opérations à peu près abandonnées (résection de la hanche, du genou, arthrotomie, laparotomie, ostéotomie, etc.)

La chirurgie a été profondément révolutionnée par la méthode antiseptique; le pronostic des opérations graves a subi sous son influence une amélioration incontestable. Non-seulement la mortalité a beaucoup diminué, mais la durée de la cure, à la suite des traumatismes chirurgicaux, a subi comme la mortalité une diminution considérable; et ces résultats sont dus à la réunion immédiate. Tels sont les faits généraux que ce livre a pour but de mettre en lumière; la conviction de l'auteur, faible dans le principe, est aujourd'hui solidement établie. Les faits sur lesquels elle s'appuie sont au nombre de 200 ; la plupart sont inédits, quelques-uns ont été publiés isolément, d'autres ont fait l'objet de mémoires ou de communications à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie de Paris et à la Société de médecine de Strasbourg.

En parcourant cet ouvrage, nous avons pu nous convaincre que le docteur J. Bœckel est un vrai listérien, non-seulement par sa conviction, mais aussi par la manière exacte et *comprise* dont il exécute la méthode antiseptique. A ce point de vue, et quoique l'auteur n'ait pas jugé à propos d'insister sur tous les détails du pansement, qu'il suppose connus, on trouve dans son livre des passages que beaucoup de chirurgiens feraient bien de méditer : celui, par exemple, où, parlant du drainage dans les amputations, il montre les inconvénients des drains

passés d'outre en outre et enseigne la meilleure manière de placer les tubes; puis la nécessité de ne pas en abuser, car « il ne faut pas craindre de les enlever de bonne heure »; puis l'époque du premier pansement, qui « a pour but de nettoyer et de raccourcir les tubes, qu'on retire de la plaie *sans y injecter aucun liquide;* la moindre goutte d'une solution quelconque (l'acide phénique compris) pourrait en effet, à ce moment, provoquer la suppuration et faire échouer la réunion... » Combien de pansements, soi-disant listériens, n'avons-nous pas vu faire en négligeant tous ces préceptes!

Les observations contenues dans ce volume comprennent les opérations graves les plus variées, telles qu'amputations, résections, extirpations de tumeurs de toute nature, ligatures des gros tronc artériels et veineux, ouvertures des séreuses articulaires ou autres (arthrotomie, kélotomie, ovariotomie, etc.). On peut puiser, dans cette nombreuse série de faits soigneusement recueillis, les meilleurs enseignements de thérapeutique chirurgicale.

L.-G. R.

JOURNAL DES JOURNAUX

Eclampsie puerpérale, par le docteur H. Reynolds. — C'est à l'accumulation de l'urée dans le sang que l'on attribue les convulsions éclamptiques; aussi, en préconisant contre ces accidents morbides l'emploi des purgatifs hydragogues et de l'huile de croton; l'auteur a pour but de remplir l'indication qui satisfait à cette théorie.

Dans la première observation, la malade, primipare, âgée de 26 ans, après un accouchement laborieux qui s'était terminé par une application de forceps, avait été traitée sans succès par l'hydrate de chloral, le veratrum, l'opium, la liqueur d'Hoffman et tous les autres médicaments habituellement employés contre cette affection. Trois heures après le début des convulsions, on administra trois gouttes d'huile de croton, et, deux heures plus tard, une nouvelle dose de cinq gouttes qui produisit un effet purgatif durant douze heures. Les convulsions cessèrent immédiatement après l'administration de la seconde dose médicamenteuse.

Dans la deuxième observation, une multipare âgée de 33 ans éprouvait des convulsions éclamptiques au moment du travail de l'accouchement. Les médicaments habituellement employés contre l'éclampsie ayant échoués, on fit usage de l'huile de croton à la dose de trois gouttes et en répétant trois heures plus tard cette même dose. Dès que l'effet purgatif commença à se manifester, l'état de la malade fut amélioré.

L'emploi de l'huile de croton peut donc être utile, non-seulement dans les convulsions urémiques, comme dans tous les cas où on désire produire une action hydragogue sur l'intestin (*The Detroit Lancet,* octobre 1881). — Ch. E.

Rapport sur la vaccine, présenté à la Société de médecine du département du Nord, par MM. Arnould, Follet et Pilat. — L'étude des questions que soulève l'obligation de la vaccine ont été examinées avec soin par cette commission et les conclusions du rapport ont été transmises à l'Administration, avec les vœux suivants de la Société :

1° Il est nécessaire de régénérer le vaccin jennérien au moyen du horse-pox ou du cow-pox, qu'on inoculera à l'homme;

2° Un conservateur du vaccin, par les soins d'un vétérinaire spécial, recevra ce vaccin et le distribuera aux vaccinateurs de son ressort. La recherche du horse-pox ou du cow-pox sera récompensée par une prime spéciale;

3° De plus, il est indispensable de réclamer l'obligation légale de la vaccination et d'augmenter la rémunération dérisoire actuellement accordée aux vaccinateurs. (*Bulletin méd. du Nord,* août et septembre 1881.) — Ch. E.

Note sur deux cas de pseudo-érysipèle de la face provoqué par l'application sur la poitrine d'un emplâtre de thapsia, par M. Comby, interne des hôpitaux. — Les deux malades du service de M. le docteur Proust, qui font l'objet de la présente note, offraient des éruptions vésico-pustuleuses de la face avec bouffissure et rougeur des téguments, consécutives à l'application d'emplâtre de thapsia sur la poitrine.

Les démangeaisons causées par ces emplâtres étaient intenses et les malades, après avoir porté les doigts sur la poitrine, avaient, par un simple contact avec la peau des joues, dans les deux cas, et avec celle des bourses chez le deuxième malade, semé l'irritation sur ces régions..

Ces éruptions n'étaient pas sans analogie d'aspect avec l'érysipèle, mais l'évolution rapide de la maladie, l'absence de bourrelet et de limites nettement déterminées, l'apyrexie et l'état normal des ganglions, enfin la courte durée des accidents, ne permettaient pas de se

méprendre sur la nature de l'affection et sa différence avec l'érysipèle. (*La France médicale*, 22 octobre 1881.) — Ch. E.

Observation d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant de six mois. — Emploi, pendant 16 heures de la respiration artificielle; guérison, par M. Mignon, médecin aide-major de 1re classe. — Le fait suivant est analogue à celui dont M. Le Roy de Méricourt a lu le récit à l'Académie le 17 février 1880. — Le 2 mai 1881, le docteur Mignon était appelé à donner ses soins à un enfant auquel on avait par erreur fait avaler, cinq heures auparavant, une cuillerée de laudanum. Le malade, dans le décubitus dorsal avait les yeux fermés, et les membres agités de mouvements convulsifs. La respiration était ralentie, le pouls filiforme et les battements cardiaques rares.

Le resserrement de la pupille était considérable et la somnolence complète. On administra du café en abondance et suivant la méthode de Gubler, un lavement de sulfate de quinine ; des sinapismes furent appliqués sur les mollets et on flagella vigoureusement le visage de l'enfant. Mais l'état du malade ne s'améliorait pas; la respiration était lente (6 inspirations par minute); les pulsations rares (36); la déglutition pénible, et de plus il existait des mouvements convulsifs de flexion des mains sur les avant-bras ou de ceux-ci sur les bras.

Après une crise de suffocation, la respiration se fit par un hoquet bruyant, et la déglutition devint impossible; le coma et la résolution furent complets. On pratiqua alors la respiration artificielle par le procédé de Sylvester. Pendant plusieurs heures, le coma fut interrompu de temps en temps par des accès, et pendant lesquels on remplaçait cette méthode de respiration par l'élévation des bras et la compression thoracique dans ses divers diamètres. Dès qu'on cessait ces manœuvres, les mouvements respiratoires s'accéléraient et les prodromes de l'asphyxie devenaient manifestes. Après onze heures de respiration artificielle, l'amélioration commença à devenir telle que l'enfant entendait, et pouvait avaler quelques cuillerées de café alcoolisé. La réaction se manifesta par une élévation du pouls à 160, de la chaleur de la peau, et le retour des mouvements respiratoires. Le lendemain, le malade fut pris de nombreux vomissements, de selles diarrhéiques et de mictions abondantes. Deux jours après, la guérison était complète. (*Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, septembre et octobre 1881, p. 589.) — Ch. E.

Expériences et faits cliniques sur le rapport des lésions rénales avec l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, par M. E. Strauss. — Pendant longtemps, on a admis, après Traube et Bright, que dans la maladie de Bright, les lésions cardiaques (hypertrophie du cœur et surtout du ventricule gauche), il y avait *subordination* de la lésion cardiaque à la lésion rénale. D'après les travaux récents de Gull et Sutton, de G. Johnson, d'Ewald, de Senator, de Buhl, de MM. Letulle et Debove, une autre opinion s'est fait jour et on a considéré ces lésions comme *contemporaines* et comme causées par un troisième facteur, la périartérite généralisée.

Les expériences de M. Strauss ont pour but de résoudre directement cette question de rapport chronologique ou de subordination. Elles consistaient à provoquer l'atrophie d'un seul rein par la ligature d'un des uretères et à vérifier les expériences analogues de Beckmann, G. Simon, Bosenstein, Gudden, Grawitz, Israël et Cerninsky. Ces observateurs ont observé des résultats contradictoires : les uns consistent dans l'absence d'hypertrophie cardiaque, les autres dans la formation consécutive d'hypertrophie ventriculaire gauche.

Le docteur Strauss, en pratiquant la ligature de l'uretère gauche sur vingt cobayes, a provoqué l'atrophie progressive du rein gauche et l'hypertrophie du rein droit. Ces animaux étaient sacrifiés, quatre ou six mois après la ligature, et présentaient tous de l'hypertrophie du ventricule gauche; le myocarde était sain, ainsi que les artérioles des diverses régions (peau, foie, muscles abdominaux). Quant au rapport inverse, signalé par MM. Gravitz et Israël, entre l'hypertrophie cardiaque et l'hypertrophie complémentaire du rein sain, la première étant d'autant moins grande que la seconde était plus considérable, M. Strauss n'a constaté aucun fait en faveur de cette théorie. Enfin, contrairement à l'opinion qui est opposée à la subordination de l'hypertrophie cardiaque à la suite des affections urinaires, l'auteur signale deux malades qui étaient atteintes de cancer utérin avec compression des uretères, et néphrite diffuse et qui simultanément présentaient de l'hypertrophie considérable du ventricule gauche sans lésions valvulaires ni myocardite interstitielles.

Ces observations et ces recherches expérimentales actuelles sont donc probantes en faveur de la théorie de Bright et de Traube. (*Gaz méd. de Paris*, 12 novembre 1881). — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

SOMMAIRE. — Suite de la discussion du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées. — Présentations d'instruments et appareils : Nouvel ostéoclaste pour le traitement du *genu valgum*; — nouveau trocart à drainage. - Extraction, sans operation sanglante, d'un tube à drainage accidentellement tombé dans la cavité thoracique. — Névralgie du nerf médian consécutive à un traumatisme guéri par l'élongation du nerf.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, à laquelle il regrette de n'avoir pas pu assister, M. BOINET demande la parole pour répondre aux objections qui ont été dirigées par plusieurs de ses collègues contre le traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées.

Et d'abord, M. Boinet a été surpris de lire dans le compte rendu de cette discussion que le diagnostic des kystes de l'ovaire passait aux yeux de plusieurs de ses collègues comme souvent très difficile et parfois impossible. Il estime, au contraire, qu'il est toujours facile de distinguer les kystes de l'ovaire des autres tumeurs de l'abdomen, et même de distinguer entre elles les différentes variétés de kyste.

Au point de vue du traitement, M. Boinet pense qu'il y a lieu de ranger les kystes de l'ovaire dans deux grandes classes : 1° les multiloculaires qui sont faciles à reconnaître et qui appartiennent au domaine de l'ovariotomie; 2° les uniloculaires également très faciles à reconnaître et qui présentent plusieurs variétés caractérisées par des signes propres qui empêchent de les confondre et qui servent à poser les indications du traitement. On peut toujours reconnaître non seulement la variété de chaque kyste mais même la nature du liquide qu'il renferme, grâce à des signes généraux et à des signes particuliers qui les distinguent les uns des autres.

Quant aux prétendus dangers des injections iodées, M. Boinet ne saurait, sur ce point, partager l'opinion de plusieurs de ses collègues qui ont pris part à la discussion. Il pourrait, dit-il, montrer des centaines de faits dans lesquels l'injection iodée n'a pas produit le moindre accident. Il lui est arrivé, nombre de fois, de faire à des malades jusqu'à trente injections iodées sans provoquer de phénomène inflammatoire.

Les résultats de l'observation le portèrent à éliminer du traitement par les injections iodées tous les kystes multiloculaires, puis les kystes uniloculaires contenant un liquide albumineux, épais et ~~filant;~~ il réserva les injections iodées seulement pour les kystes uniloculaires à contenu séreux et il obtint dès lors des succès beaucoup plus fréquents.

Mais, même dans les cas de kystes qui lui paraissaient justiciables des injections iodées, M. Boinet a vu la méthode échouer par suite de conditions anatomo-pathologiques particulières telles que l'existence de bourgeonnements, de végétations, de kystes rudimentaires, qui ont amené des récidives multipliées, si bien que la guérison n'a pu être obtenue.

On a accusé l'iode d'être un agent d'inflammation, parce que, comme tous les caustiques, quand on l'applique sur les plaies, sur la peau dépourvue d'épiderme, sur la surface d'une séreuse, etc., il détermine une douleur très vive, insupportable. Mais c'est là, suivant M. Boinet, une conclusion erronée. Loin d'être un agent d'inflammation, l'iode est, au contraire, un antiphlogistique, un modificateur de l'inflammation. L'injection iodée dans l'intérieur des kystes ovariques n'enflamme pas la surface interne de ces kystes, elle la modifie et transforme la nature de la sécrétion.

M. Boinet termine son discours par les conclusions suivantes :

1° Les injections iodées conviennent principalement dans les kystes uniloculaires séreux à liquide limpide, citrin, ascitique;

2° Si le liquide est épais, filant, albumineux, il vaut mieux, comme dans les kystes multiloculaires, recourir à l'ovariotomie;

3° Les injections iodées conviennent encore dans les kystes purulents et dans les kystes hématiques;

4° Enfin si le kyste renferme un liquide clair comme de l'eau de roche, il faut se contenter d'une simple ponction, qui suffit presque toujours, pour ne pas dire toujours à la guérison; s'il y a récidive, on pratiquera une injection iodée.

— M. le docteur ROBIN (de Lyon) met sous les yeux de la Société de chirurgie un appareil destiné à produire l'ostéoclasie par un nouveau procédé dans les cas de *genu valgum* des adolescents et des adultes. (Com. MM. Périer, Terrillon et Tillaux rapporteur.)

— M. Duboué (de Pau), membre correspondant, communique une observation intéressante d'extraction, sans opération sanglante, d'un tube à drainage tombé accidentellement dans la cavité thoracique, dans un cas de pneumo-pyothorax ancien.

— M. Guyon présente, au nom de M. le docteur Delaissement (de Saint-Quentin), un nouveau trocart à drainage, destiné à remplacer avantageusement le trocart de Chassaignac dont il est une simplification.

MM. Trélat et Le Fort ne partagent pas l'avis de M. Guyon au sujet des avantages du nouvel instrument.

— M. Léon Le Fort communique une observation de névralgie rebelle du nerf médian guérie par l'élongation de ce nerf.

Le sujet de cette observation est un homme qui, dans une partie de chasse, reçut à courte distance, d'un voisin maladroit, un coup de fusil chargé d'assez gros plomb dont les grains pénétrèrent dans le bras gauche et déterminèrent une paralysie des muscles innervés par les rameaux du médian, en même temps que des douleurs excessivement vives dans les rameaux sensitifs de ce nerf.

Après avoir été soigné pendant quelque temps par un chirurgien de Nancy, le malade vint à Paris, au mois de mars dernier, consulter M. Le Fort qui constata l'existence d'une atrophie des muscles de l'éminence thénar, et sur le trajet du nerf médian, une partie indurée dans une étendue de 3 centimètres à 3 centimètres 1/2. Le malade éprouvait des accès névralgiques intolérables et demandait d'en être débarrassé à tout prix.

M. Le Fort commença par mettre à nu le nerf médian pour voir s'il ne restait pas quelque grain de plomb enchâssé dans le tissu du nerf. Il constata l'absence de tout corps étranger, mais le nerf médian était compris dans une gangue cicatricielle qui l'entourait complètement et le comprimait de manière à déterminer les accès de névralgie qui faisaient souffrir si cruellement le malade et l'obligeaient à faire des injections de morphine.

M. Le Fort disséqua cette gangue de tissu induré, et après avoir dégagé le nerf de cet entourage, il en pratiqua l'élongation. Un pansement simple suivit cette opération qui produisit une diminution immédiate de la douleur. Celle-ci persista encore pendant quelques jours, puis cessa complètement au bout de quinze jours, pendant lesquels on avait peu à peu diminué les doses de morphine.

Les doigts qui avaient perdu presque tout mouvement reprirent peu à peu leurs fonctions sous l'influence de l'application de courants faradiques. M. Le Fort a revu le malade, il y a six semaines; les douleurs n'avaient pas reparu et les mouvements s'étaient rétablis à peu près complètement. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT du 31 juillet au 5 août 1882.

Lundi 31 juillet. — M. Diéterlin : De l'accouchement naturel chez les primipares. (Président, M. Guyon.)

— M. de Meymar : Phlegmon diffus. (Président, M. Guyon.)

— M. Sartre : Traitement des abcès chauds par l'incision limitée avec injections d'alcool. (Président, M. Guyon.)

— M. Wuillamier : De l'épilepsie hémiplégique infantile. (Président, M. Charcot.)

— M. Joubert : Contribution à l'étude des plaies compliquées de hernies musculaires. (Président, M. Guyon.)

— M. Galibert : Contribution à l'étude du traitement des ruptures traumatiques de la portion bulbaire de l'urèthre. (Président, M. Guyon.)

Mardi 1er. — M. Héon : De la névralgie circonflexe. (Président, M. Brouardel.)

— M. Samanos : Rechutes du rhumatisme articulaire aigu après le traitement par le salicylate de soude. (Président, M. Brouardel.)

— M. Broquière : Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale. (Président, M. Brouardel.)

— M. Mathieu : Des démangeaisons considérées comme symptômes du mal de Bright. (Président, M. Brouardel.)

— M. Lebrun : Contribution à l'étude de la sclérose pulmonaire dans certaines lésions cardiaques. (Président, M. Brouardel.)

— M. Nolais : Étude sur les pleurésies hémorrhagiques. (Président, M. Brouardel.)

— M. Dedet : Contribution à l'étude du purpura hémorrhagique des pays chauds, et de ses rapports avec l'intoxication palustre. (Président, M. Peter.)

— M. Billon : Étude clinique sur les accès de fièvre palustre survenant après l'accouchement. (Président, M. Peter.)

— M. Colowitch : Étude clinique de la paralysie générale chez la femme. (Président, M. Ball.)

— M. Loverdo : Des fractures du plancher de l'orbite siégeant surtout au niveau du trou sous-orbitaire. (Président, M. Panas.)

— M. Blanchard : Observations de mal perforant indiquant le début d'une affection spinale. (Président, M. Lasègue.)

— M. Beaudet : Contribution à l'étude de la grangrène des membres dans les affections cardiaques. (Président, M. Lasègue.)

— M. Garraud : Étude sur le diagnostic des prétendues fausses grossesses. (Président, M. Pajot.)

— M. Fraisse : Étude sur la disjonction de la symphise pubienne dans l'accouchement. (Président, M. Pajot.)

— M. Lesdos : Contribution à l'étude de l'hémothorax d'origine traumatique. (Président, M. Bouchard.)

— M. Margery : Localisations pulmonaires dans le rhumatisme aigu. (Président, M. Hardy.)

— M. Delcroix : de la Tétanie. (Président, M. Hardy.)

— M. Malherbe : Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Hardy.)

Mercredi 2. — M. Bordès-Pagès : Des lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire. (Président, M. Fournier.)

— M. Marcelin : Essai sur les causes, le pronostic et le traitement du raccourcissement dans les fractures obliques du fémur. (Président, M. Fournier.)

— M. Bonjean : Des plaques muqueuses du larynx. (Président, M. Fournier.)

— M. Langlois : Des diverses hémorrhagies consécutives au lésions des centres nerveux. (Président, M. Vulpian.)

— M. Janot : De la Diphthérie à Paris. (Président, M. Bouchardat.)

— M. Menager : De la mortalité et de la morbidité du premier âge et du moyen de les combattre. (Président, M. Bouchardat.)

— M. Hameau : De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne par le thermo-cautère. (Président, M. Verneuil.)

— M. Boussac : Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques d'origine traumatique et de leur traitement. (Président, M. Verneuil.)

— M. Martin : Traitement des kystes synoviaux tendineux du poignet et de la paume de la main par la méthode antiseptique. (Président, M. Verneuil.)

— M. Retif : De l'insufflation d'air dans l'oreille moyenne. (Président, M. Béclard.)

— M. Druillet : Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de l'intestin sans solution de continuité des parois abdominales. (Président, M. Béclard.)

— M. Decamp : De l'atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez l'enfant. (Président, M. Parrot.)

— M. Ernault : Des conditions étiologiques de la pathologie de la race nègre. (Président, M. Potain.)

— M. Luquet : Les altérations musculaires se rattachant à la fièvre typhoïde. (Président, M. Hayem.)

— M. Haranger : Endocardite congénitale du cœur gauche. (Président, M. Hayem.)

(La fin à un prochain numéro.)

FORMULAIRE

Des lavages phéniqués intra-utérins. — Desplats.

Lorsqu'il survient des accidents fébriles après l'accouchement, on examine la malade au spéculum, pour s'assurer qu'il n'y a pas de produits septiques dans l'utérus. — Si l'existence de produits septiques est constatée, on lave l'utérus avec une solution phéniquée au centième, jusqu'à ce que le liquide injecté revienne parfaitement clair. — Les lavages phéniqués sont pratiqués deux fois par jour ; on les continue jusqu'à ce que la fièvre soit tout à fait tombée, et que l'utérus soit revenu sur lui-même. — N. G.

COURRIER

Hospice général de Tours. — La commission administrative de l'Hospice général de Tours donne avis, qu'en vertu de sa délibération en date du 17 juillet 1882, un concours pour la nomination à une place d'interne en pharmacie et à quatre places d'interne provisoire du même service, aura lieu, cette année, le mardi 22 août, à neuf heures du matin.

Aspirants au doctorat. — Par décret en date du 23 juillet 1882, l'article 5 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés, aux époques fixées au précédent article; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription.

Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (1re et 2e parie), avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par l'article 4; ils peuvent, toutefois sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen et les deux parties du deuxième examen qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études; dans ce cas, ils sont soumis, dans les écoles de plein exercice, à des interrogations semestrielles, dont le résultat est transmis aux Facultés pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les élèves des écoles de plein exercice, qui ont opté pour subir le premier examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, doivent se présenter à cet examen à la session de novembre, mais, en cas d'échec à cet épreuve, ils sont soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions. »

Examen probatoire. — Par décret en date du 23 juillet 1882, vu le décret du 20 juin 1878;

Considérant que les candidats au doctorat en médecine pouvant subir la première partie du deuxième examen probatoire après la dixième et avant la douzième inscription, ont, en fait, la faculté de ne consacrer que trois trimestres à l'étude de l'anatomie;

Considérant que chaque étudiant doit avoir nécessairement suivi le cours dont il s'agit pendant quatre trimestres;

Le paragraphe 1er de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen après l'expiration du dixème trimestre d'études et avant la douzième inscription; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième inscription. »

Nécrologie. — M. le docteur Variot vient de mourir à Neuilly, à l'âge de trente ans, d'une angine diphthéritique contractée en soignant un enfant.

Rapports sanitaires. — Le ministre de la guerre a adressé aux généraux commandants de corps d'armée les instructions suivantes au sujet des rapports sanitaires à adresser par les médecins des corps de troupe :

« Mon cher général, afin qu'il soit possible de prescrire en temps utile les mesures hygiéniques nécessaires pour empêcher ou arrêter le développement des épidémies qui peuvent se produire dans l'armée, j'ai décidé :

1° Que les médecins-majors des corps de la troupe établiront un rapport indiquant les causes présumées de l'épidémie et les mesures qu'il y aurait lieu de prendre à titre préventif pour améliorer l'état sanitaire des troupes;

2° Que pendant la durée de l'épidémie, ils adresseront au ministre, tous les cinq jours, un rapport sur la marche de l'épidémie. En cas d'insuffisance des mesures prescrites, ils feront connaître celles dont l'application leur paraîtrait devoir être prise à titre complémentaire.

Ces rapports seront revêtus du visa, et, s'il y a lieu, de l'avis motivé des chefs de corps. vous voudrez bien me les transmettre d'urgence, en me soumettant telles propositions que vous jugerez convenables. »

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 1er août. — C'est aujourd'hui la séance qui sert de clôture à l'année 1881, et qui résume les travaux et les fatigues de l'Académie pendant ce laps de temps, par la distribution solennelle des récompenses. M. Legouest préside, et non M. Gavarret. Nous sommes en décembre 1881, n'en déplaise au spectateur mal renseigné sur les us et coutumes de la savante Compagnie. Tout ce qu'on fait aujourd'hui se passe l'année dernière. C'est l'année dernière que des commissions pleines de zèle se sont réunies chaque semaine pour examiner les travaux, discuter les titres des candidats, entendre des rapports aussitôt rédigés que promis. Ces plis cachetés ouverts, ces prix, ces encouragements distribués, ces médailles répandues sur la France, tout cet appareil remonte à l'an de grâce 1881. M. Legouest, président d'un autre âge, sort de sa tombe en grand uniforme pour faire revivre un instant cette époque disparue, et consentir officiellement à ce que l'année 1882 commence.

Sans doute quelques difficultés imprévues, mais qui surgissent tous les ans par un singulier hasard, avaient arrêté l'essor des commissions et paralysé, au dernier moment, le zèle des rapporteurs. Autrement, l'impatience des candidats n'aurait pas été mise à une si longue épreuve; la présente année n'aurait pas eu besoin d'arrêter pendant un jour sa course lumineuse, pour une séance historique et rétrospective; l'Académie enfin n'aurait pas eu la douleur de voir un de ses lauréats, resté pendant plusieurs mois à l'état virtuel, perdre patience et mourir avant l'ouverture de son pli cacheté.

Ces réflexions amères sont présentées avec beaucoup de force par M. Bergeron au début de son discours. Nous n'avons fait, dit-il, aucun effort pour rompre une tradition si mauvaise. Et cependant, ceux qui briguent un honneur doivent en accepter les charges. Quand on fait partie d'une commission, il faut venir aux séances; quand on est chargé d'un rapport, il faut s'exécuter. Nous n'avons pas gagné vingt-quatre heures sur l'an dernier, nous distribuons nos prix six mois trop tard; et il nous est arrivé ce malheur, que le nom d'un lauréat nous a été révélé deux mois après sa mort.

Ainsi commence le rapport de M. le Secrétaire annuel, en présence d'un auditoire attentif et habitué de longue date à trouver dans ses allocutions une forme littéraire accomplie.

Bien que l'orateur ait à signaler, sur quelques points, le petit nombre ou la faiblesse des travaux envoyés, il distribue néanmoins une somme d'éloges et d'encouragements qui nous fait espérer qu'on travaille encore dans notre pays, et que la France n'a pas perdu son rang. Il le fait d'ailleurs avec un tact et une variété d'expressions qui éloigne toute monotonie. Au nom de Mayor (prix Portal), il évoque le souvenir de trois générations médicales, dont les représentants ont mérité l'estime universelle par leurs travaux et la dignité de leur vie. Avec le prix Civrieux, obtenu par M. Ballet, il nous transporte sur le terrain accidenté de l'hystérie, où se donnent rendez-vous le scepticisme de beaucoup d'observateurs et la naïveté de quelques-uns. Le prix Barbier, remporté par M. Toussaint, lui fournit l'occasion d'évoquer la grande ombre de Pasteur, et il s'écrie : Heureux les jeunes, qui verront les germes de toutes les maladies révélés, les virus cultivés et atténués, la vaccination partout triomphante ! Puis il passe à un sujet moins neuf, en dissertant sur les apozèmes et

les simples. Il paraît qu'aujourd'hui un médecin n'est plus abandonné pour avoir oublié de prescrire de la bourrache, et que, pleins d'une touchante confraternité, nous avons perdu l'habitude de nous voler nos clients. Cela dit, l'orateur partage le prix Desportes entre l'ergotine et le baguenaudier, entre MM. Vidal et Campardon.

Le prix Lefèvre (MM. Liénard et Duponchel) est l'objet d'une longue digression sur la *mélancolie*. L'homme préhistorique, l'antiquité, Agamemnon, Nabuchodonosor, Rousseau et ses sophismes sur l'état sauvage, les travers de notre époque et les ruines qu'elle accumule, tout défile devant nous dans un ordre lumineux et s'enchaîne sans effort.

Le prix d'Argenteuil est donné à Bigelow, l'inventeur de la lithotritie rapide. Mais notre collègue Th. Anger en a sa part, que lui méritent bien ses travaux sur l'hypospadias : un joli mot désignant une vilaine chose, ajoute l'orateur en se voilant pudiquement la face devant les dames qui assistent à la séance.

C'est M. Lagardelle (prix Alfaro) qui est mort avant que personne ait su qu'il était lauréat. L'Académie s'efforce de réparer sa faute en envoyant à la veuve de notre confrère de Bordeaux l'expression de ses regrets et de sa douloureuse sympathie. Les morts se pressent à la fin du discours : Bouillaud, Briquet, Bussy, Amédée Latour reçoivent un dernier hommage.

Après le discours très applaudi de M. Bergeron, le président s'est borné à proclamer les récompenses, sans y ajouter aucune allocution. Ensuite est venue l'énumération des prix proposés pour l'année 1883 : les *procédés antiseptiques*, le *parasitisme de la tuberculose*, les *paralysies* et les *contractures hystériques* vont exciter l'ardeur des candidats; les microbes et le système nerveux nous réservent encore des surprises. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

UN NOUVEAU MÉDICAMENT CARDIAQUE

(Recherches sur le *Convallaria maïalis*).

Par M. le professeur Germain Sée.

Première partie. — *Historique. — Préparations. — Doses.*

Historique. — Le muguet était connu de temps immémorial chez les paysans russes, comme un moyen de guérir l'hydropisie; cette légende populaire devint en 1880 l'objet d'un contrôle entre les mains des docteurs Troitzki et Bojojawlensky (1). Six observations restées inédites, quelques expériences résumées dans le journal appelé *Wratsch*, ce fut tout le contingent scientifique, si bien que tout passa inaperçu, et qu'il ne fut en aucun pays question du convallaria maïalis. Toutefois les assertions s'étant produites avec l'appui d'un médecin éminent, le professeur Botkin, de Saint-Pétersbourg, me frappèrent vivement et je saisis la première occasion de les vérifier; pour cela, il fallut se procurer la plante en floraison et déterminer la partie active.

Préparations. — Les jeunes médecins russes avaient parlé d'infusion, mais de quoi ? étaient-ce les fleurs, les feuilles, les tiges, les racines, la plante entière? Dans le doute, j'essayai ces diverses parties ; soit en infusion, soit en macération aqueuse ou alcoolique, soit enfin sous forme d'extrait. L'infusion de fleurs était sans effet, même à la dose de 5 à 6 grammes de fleurs ; les macérations, les teintures, les alcoolatures elles-mêmes agirent infiniment moins bien que les extraits, que je classe ainsi, d'après leur ordre de mérite : 1° les extraits aqueux de feuilles, qui exigent une dose trois fois plus forte que les extraits des autres parties de la plante ; 2° les extraits de fleurs, qui exercent sur les animaux une action très vive, sur l'homme

(1) Wratsch, — 47 et 49 — 1880.

des effets beaucoup moins intenses ; 3° les extraits de la plante en totalité, comprenant fleurs, tiges et racines.

Partie chimique. — L'analyse chimique de la plante et de ses diverses parties a été pratiquée par Valz en 1830 (voy. la toxicologie de Guzeman), par Stanislas Martin en 1860, et enfin la même année, par Marmé (voy. Traité de Guzeman) qui tenta quelques expériences à l'aide des principes actifs. — Valz retira de l'extrait aqueux des fleurs et des racines desséchées, le principe toxique appelé convallaramine ; — l'extrait alcoolique fournit la convallarine, qui a peu d'importance, tandis que le premier constitue un glycoside qui se dédouble, sous l'influence des acides, en sucre et en convallamarétine.

Notre préparateur de chimie du laboratoire de clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Hardy, vient d'obtenir la convallaramine à l'état amorphe ; il l'a retirée, après de minutieuses élaborations, des extraits de la plante, en suivant le procédé de Draggendorf, en traitant l'extrait aqueux acidulé, par l'alcool, puis par le chloroforme ou l'alcool amylique. Ce principe est d'une activité comparable à celle de la digitaline pure ; les essais en voie d'exécution en montrent l'analogie, et aussi les différences.

Doses. — Pour arriver à la dose thérapeutique des extraits à prescrire chez l'homme, nous avons procédé avec le plus grand soin aux essais préliminaires sur les animaux à sang froid, et sur les animaux supérieurs ; nous sommes arrivés ainsi à déterminer par le calcul approximatif, basé sur le poids corporel, la dose utile chez les cardiaques ; on peut la formuler ainsi : un gramme à un gramme et demi et même deux grammes d'extrait des fleurs, ou d'extrait total ; l'extrait des feuilles n'agit qu'à dose double.

Deuxième partie. — *Expérimentation sur les animaux.*

Expériences sur les animaux à sang froid. — Le cœur de la grenouille mis directement en contact avec une gouttelette d'extrait de muguet, cesse de battre au bout d'une minute et demie à deux minutes, le ventricule en systole et les oreillettes en diastole, alors que l'animal conserve encore tous les mouvements réflexes et spontanés. Le même résultat se produit quelques minutes plus tard, lorsque la substance est introduite sous la peau.

Les phénomènes sont identiques, dans les mêmes conditions, chez les autres animaux à sang froid ; il faut remarquer cependant que le cœur du crapaud et celui de la tortue résistent beaucoup plus longtemps à l'action du muguet.

Le muguet est donc un poison qui doit, comme la digitale, l'upas antiar, l'érythrophleum, l'inée, etc..., être rangé dans la classe des substances qui arrêtent le cœur en systole ventriculaire, par opposition à celles qui, comme la muscarine, arrêtent le cœur en diastole.

Expériences sur les animaux supérieurs. — Chez le chien, il suffit d'injecter dans une veine d'un animal de taille moyenne quatre gouttes d'extrait, pour déterminer, dans l'espace d'une dizaine de minutes, la mort par arrêt du cœur.

Effets physiologiques sur le cœur, les vaisseaux et la respiration. Première période. — Les premiers phénomènes qui caractérisent l'action du muguet sur le chien sont :

a. Le ralentissement des mouvements du cœur ; *b.* l'augmentation de pression de six centimètres de mercure ; *c.* en même temps les mouvements respiratoires deviennent plus amples et un peu moins fréquents.

Deuxième période. — Après cette période qu'on peut appeler thérapeutique, il en survient une autre, caractérisée par une irrégularité extrême dans le rhythme, des troubles dans l'énergie des pulsations, des intermittences du cœur, suivies de systoles rapides.

La respiration de plus en plus ample et ralentie, semble par moments sur le point de s'arrêter dans un mouvement de profonde inspiration.

Le pneumographe indique alors des mouvements d'inspiration, qui sont triplés

d'étendue, et produits par une série non interrompue de convulsions des muscles inspirateurs.

C'est pendant ce temps que l'on voit survenir les vomissements qui accompagnent l'action habituelle des toxiques du cœur.

Troisième période. — Une période toujours suivie de mort succède aux précédentes. La pression sanguine augmente, et le pouls devient si rapide qu'il est impossible de le compter; il est en même temps très faible. L'amplitude des mouvements respiratoires augmente.

Puis la pression baisse : les respirations de plus en plus profondes se ralentissent considérablement. Le cœur toujours plus faible s'arrête, la pression tombant à zéro. Enfin les mouvements respiratoires cessent à leur tour.

L'animal est mort, bien que la contractilité des muscles persiste.

Effets physiologiques sur l'excitabilité du système nerveux central et des nerfs vagues. — L'excito-motricité des nerfs et le pouvoir réflexe des centres nerveux restent intacts.

Les nerfs vagues ne perdent pas entièrement leur excitabilité, il y a tout au plus un certain degré d'affaiblissement; ainsi, chez la tortue et chez le chien, lorsque la période d'empoisonnement est avancée, la faradisation des bouts thoraciques des nerfs vagues n'arrête plus aussi complètement le cœur qu'à l'état normal.

Effets diurétiques. — Nuls chez le chien.

OBSERVATIONS (1).

OBSERVATION I. — *Insuffisance mitrale; arythmie.* — Hugonnin, 42 ans, maçon, entré le 16 mai, salle Saint-Christophe, n° 17. — Déjà soigné à deux reprises dans le service, en septembre 1881 et en janvier 1882, pour une attaque d'asystolie avec œdème des jambes et ascite. Depuis un mois l'oppression a reparu; le malade ne peut plus monter les escaliers; douleur vive au niveau du foie. Léger œdème des malléoles le soir. Cœur gros; battements forts, irréguliers, faux pas. Souffle systolique en jet de vapeur à la pointe. Pouls petit, faible, irrégulier et inégal. Urines rares, chargées; à peine un demi-litre dans les vingt-quatre heures. Pas d'albumine le 17. Extrait de maïalis, 50 centigrammes.

Dès le 18, trois litres d'urine.

La quantité d'urine se maintient entre 3,600 et 2,800 grammes dans les vingt-quatre heures.

Le 31, le malade n'a plus de dyspnée. Il monte et descend sans difficulté les escaliers. Le tracé sphygmographique donne un pouls toujours inégal, mais beaucoup plus fort et plus ample. — On supprime le maïalis.

Le lendemain, la quantité d'urine est encore de 3,500 grammes.

Mais le 2 et le 3 juin, elle tombe à 2,000 et à 1,100 grammes.

On redonne, le 3, 50 centigrammes.

Le 4, la quantité d'urine remonte à 3,000 grammes, et le 5, à 3,500 grammes, pour se maintenir à ce chiffre les jours suivants.

OBS. II. — *Insuffisance mitrale.* — Poivez, 34 ans, garçon de cuisine, entré le 30 mai, salle Saint-Christophe, n° 14. Rhumatisme en 1871; ventouses scarifiées sur la région du cœur. Depuis lors, haleine courte, oppression, étouffements. Depuis six mois, jambes enflées le soir.

L'œdème des pieds persiste depuis une quinzaine de jours; taches de purpura sur les deux jambes. Dyspnée, accès d'étouffement, battements sourds, s'entendent mal; quelques irrégularités. Souffle systolique rude et prolongé, à la pointe et dans l'aisselle. Cœur hypertrophié. Pouls fort, vibrant, régulier.

Du 31 mai au 1er juin, 1,200 grammes d'urine; pas d'albumine; 50 centigrammes d'extrait de convallaria.

Dès le 2 juin, deux litres d'urine; le 3, 3,500 grammes; le 4, quatre litres; le 5, quatre litres et demi. En même temps, le nombre des pulsations du pouls tombe à 60, 56. Le 4 juin, l'œdème des jambes a disparu, ainsi que les taches de purpura.

Le malade sort le 13, complètement remis.

(1) Les observations ont été recueillies par mon chef de clinique, le docteur Talamon ; les tracés ont été faits par mon interne, M. Capitan.

Obs. III. — *Insuffisance mitrale; arythmie.* — Homme de 43 ans, tailleur, entré le 16 mai salle Saint-Joseph, n° 14. — Pas de rhumatisme. Début en 1876, par une bronchite, anasarque généralisée et taches de purpura. Guéri au bout de deux mois. Depuis lors, bronchites fréquentes. Haleine courte. — Il y a quatre mois, attaque d'asystolie, œdème des jambes et purpura. Traité par la digitale à l'hôpital Cochin. Sort au bout de deux mois. — A l'asile de Vincennes, repris d'oppression, avec ictère, œdème des jambes, taches de purpura. Rentre à l'hôpital, d'où il est sorti guéri il y a quinze jours.

Depuis cinq jours, l'oppression reparaît ; douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. Nouvelles taches de purpura.

Oppression considérable allant presque jusqu'a l'orthopnée. Palpitations. Bronchite ronflante et râles muqueux dans les bases. Cœur gros et dilaté. Arythmie. Souffle bref et rude à la pointe. Pulsations très étendues ; douleur épigastrique. Foie hypertrophié et douloureux. Pouls petit, irrégulier, inégal. — Pas d'œdème. Taches de purpura sur les deux membres inférieurs. Urines foncées, rares, sans albumine.

Du 17 au 18, 600 grammes dans les vingt-quatre heures. — Extrait de convallaria, 50 centigrammes.

Dès le lendemain, 2,000 grammes, puis 3,500, 3,000 grammes.

La dyspnée disparaît. Les râles de bronchite et de congestion ne s'entendent plus le 22. Le foie est redevenu normal.

Obs. IV. — *Insuffisance mitrale.* — V..., âgé de 16 ans, peintre en bâtiments, entré le 1er juin, salle Saint-Joseph, n° 17. — Rougeole dans l'enfance. Rhumatisme généralisé, il y a trois mois, qui l'a tenu au lit plus de trois semaines. Depuis lors, oppression, battements de cœur.

Depuis quinze jours, la nuit, douleurs dans le bras et l'épaule gauches, avec engourdissement dans les doigts de la main s'accompagnant d'une sensation d'angoisse précordiale, durant près d'un quart d'heure. — Œdème malléolaire depuis trois semaines.

Cœur régulier ; de temps à autre une intermittence. Souffle systolique prolongé à la pointe. Pouls petit, un peu inégal. Léger œdème des chevilles.

3 juin. Urines, 800 grammes ; pas d'albumine.

On donne 50 centigrammes d'extrait.

11 juin. La quantité d'urine a atteint 1,600 grammes; mais l'ascension s'est faite lentement. Le malade d'ailleurs, depuis sa rentrée à l'hôpital, n'a plus eu d'accès d'angine de poitrine. Le léger œdème des chevilles a disparu ainsi que l'oppression et les palpitations.

Obs. V. — *Rétrécissement mitral.* — L..., âgée de 42 ans, entrée le 26 avril, salle Sainte-Jeanne, n° 23. — Jamais de rhumatisme. Depuis l'enfance, elle est courte d'haleine, ne peut monter les escaliers sans être oppressée. N'a jamais eu d'œdème des jambes. Mais bronchites fréquentes; a craché plusieurs fois du sang.

Elle entre à l'hôpital pour des troubles dyspepsiques ; douleurs épigastriques, vomissements alimentaires, qui disparaissent rapidement au bout d'une huitaine de jours de repos au lit.

Elle se plaint en outre d'oppression à la moindre fatigue; elle ne peut monter un escalier sans s'arrêter toutes les cinq ou six marches. Cœur régulier ; frémissement cataire diastolique à la pointe. Roulement diastolique type, suivi d'un dédoublement à timbre sec. Pas de souffle systolique. Pouls régulier; artère dure et athéromateuse. — Urines claires; pas d'albumine ; un litre environ dans les 24 heures.

On lui donne, à partir du 20 mai, 50 centigrammes, puis 1 gramme d'extrait de convallaria. La quantité d'urine n'a pas été notée d'une façon suivie.

Mais le 3 juin on note deux litres et demi. Le 6, deux litres et demi.

Le 7 juin, trois litres.

Le 8 juin, trois litres.

On supprime l'extrait : la quantité d'urine tombe à 1,500, 1,800 grammes dans les vingt-quatre heures.

La malade se déclare beaucoup moins oppressée. Elle monte facilement l'escalier. Les bruits du cœur sont les mêmes.

Obs. VI. — *Rétrécissement mitral.* — Poussin, domestique, 30 ans, entrée le 4 mai 1882, salle Sainte-Jeanne, n° 7.

Antécédents. — Il y a deux ans, érysipèle grave, abcès multiples, convalescence longue ; depuis, dyspnée constante, augmentant par la marche et les efforts; par intervalle, œdème des jambes. Il y a un mois, nouvel érysipèle; guérison en quelques jours. Toux sèche et quinteuse le matin et le soir. 1er mai, nouvel érysipèle.

État actuel. — A son entrée à l'hôpital, la malade a un érysipèle de la face qui évolue

sans donner lieu à aucun symptôme grave; au bout de dix jours, guérison de l'érysipèle. Au cœur, roulement diastolique, souffle présystolique à la pointe.

Dyspnée légère au repos; toux quinteuse par intervalle.

Œdème des membres inférieurs jusqu'aux genoux.

Urines peu abondantes.

Douze jours après son entrée, la malade a une *attaqae d'asystolie*, la respiration devient très difficile, les jambes enflent davantage, ascite. Au cœur, le roulement diastolique est plus accusé; le souffle présystolique a disparu.

La malade prend 50 centigrammes d'extrait de maïalis (plante entière); l'effet est à peu près nul.

Le 7 juin, 1 gramme d'extrait de maïalis; les urines montent à 1,500 grammes en vingt-quatre heures. L'œdème des jambes disparaît en deux jours; l'ascite diminue; respiration plus facile.

Le 13 juin, 1 gramme d'extrait de maïalis (feuilles); la diurèse ne se fait plus; les urines descendent à 800 grammes.

Le pouls, petit et régulier, ne semble pas modifié par le maïalis; il bat 80 à 90 fois à la minute.

Le mieux persiste; plus d'œdème; encore un peu d'ascite; respiration plus facile.

Le 22 juin, on donne 1 gr 50 d'extrait de feuilles de maïalis.

Le 23, 600 grammes d'urine.

Le 24, 2,200 grammes.

Le 25, 2,400 grammes.

Le 26, 3,000 grammes.

Le 27, 2,000 grammes. Toute trace d'œdème et d'ascite a disparu.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

ETUDE SUR LE POIDS DE L'ENCÉPHALE DANS LES MALADIES MENTALES, par M. le docteur BRA. Delahaye et Lecrosnier; Paris, 1882.

Les documents sur lesquels sont basées les conclusions de l'auteur sont très nombreux; et donnent par conséquent à cette thèse une valeur exceptionnelle. Le docteur Bra a constaté que dans les périodes initiales de la folie le poids de l'encéphale, et celui du cerveau en particulier, est augmenté. Dans les états mélancoliques et maniaques, la diminution de poids est moindre que dans les états de démence. Cette perte de poids est supportée principalement par les hémisphères cérébraux, tandis que celui du cervelet augmente. De plus, la différence entre le poids des deux hémisphères cérébraux serait très grande dans la démence en général. On sait que chez l'homme sain les deux hémisphères ont un poids différent et que cette différence est en faveur de l'un ou de l'autre des hémisphères. Ce fait enlève peut-être de leur valeur aux dernières conclusions de l'auteur. En résumé, cette thèse donne des résultats nouveaux sur une question controversée. — C. E.

LA STATISTIQUE HUMAINE DE LA FRANCE, par le docteur J. BERTILLON : *in Bibliotheque utile*. Paris, 1882; Germer-Baillière.

Rendre la démographie populaire, et faire comprendre l'utilité de cette science, au grand public, serait déjà une œuvre méritoire. Mais le but de M. J. Bertillon est plus élevé encore, et surtout plus patriotique. Notre nationalité, comme le prouvent les statistiques démographiques, est menacée du plus grand des périls. Elle tend chaque jour à s'éteindre. Non-seulement notre natalité devient d'année en année moins considérable, relativement à la mortalité, relativement aussi à la natalité des nations voisines. Mais, fait plus grave, l'infécondité des mariages augmente, de sorte que, comme l'auteur le prouve surabondamment, la France est menacée de n'être plus un jour « qu'un coin imperceptible dans un grand univers anglo-« saxon... et de ne plus occuper parmi les nations du globe qu'une place semblable à celle « de la Grèce d'aujourd'hui dans le monde européen. » On doit économiser la vie humaine en dominant la mortalité des enfants. Il faut aussi combattre le malthusianisme et, dans ce but, le docteur Bertillon, qui est un homme de science doublé d'un économiste indique les moyens sociaux et politiques d'arriver à ce but.

Ce livre est donc une œuvre d'actualité écrite par M. Bertillon fils sous l'inspiration et à l'aide des travaux justement célèbres de son père. C'est dire qu'elle mérite d'être lue et méditée. — Dr Ch. ELOY.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle, tenue le 1er août 1882. — Présidence de M. LEGOUEST.

Distribution des Prix de l'année 1881.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1881, par M. le docteur BERGERON ; — 2° Prix proposés pour l'année 1883.

PRIX DE 1881.

Prix de l'Académie. — Question proposée : « Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.
Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « État de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. » Ce prix était de la valeur de 1,200 francs.
Un mémoire a concouru.
L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur A. Mayor, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Question : « Des accidents épileptiformes dans l'hystérie. » Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.
Deux mémoires ont concouru.
L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ballet (Louis-Gilbert), médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, avec cette épigraphe : « L'épilepsie est, de toutes les névroses, celle avec laquelle il est le plus facile de confondre et avec laquelle on a le plus souvent confondu l'hystérie. »

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : « Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.
Quatre mémoires ont concouru.
L'Académie décerne le prix à M. le docteur Belugou (Alphonse), médecin aux bains de La Malou (Hérault), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, portant pour épigraphe : *Eripit interdum, modo dat medicina salutem : nil prodest quod non lædere possit idem* (Ovide).
Elle accorde des mentions honorables :
A M. le docteur Caulet, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe : *Primum non nocere ;*
M. le docteur Queirel, chirurgien de la Maternité, à Marseille, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4, portant pour épigraphe : *Quô natura vergit, eo ducendum* (Arétée).

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le choléra-morbus (extrait du testament).
Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.
Ce prix était de la valeur de 6,000 francs.
Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru.
L'Académie décerne le prix à M. Toussaint, professeur de physiologie à l'école vétérinaire de Toulouse, pour ses travaux sur le charbon, le choléra des poules et la septicémie expérimentale aiguë, inscrits sous le n° 4.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il était de la valeur de 1,500 francs.
Quatre ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.
Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il était de la valeur de 2,000 francs.
Six ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde, à titre de récompense :

1° 500 francs à M. le docteur Vidal (Emile), de Paris, pour son travail intitulé : *Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine*, inscrit sous le n° 4;

2° 500 francs à M. le docteur Campardon, pour son *Mémoire sur l'emploi thérapeutique de deux plantes indigènes*, inscrit sous le n° 5.

Prix fondé par M. Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions.

Trois ouvrages ou mémoires on concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Badal, de Bordeaux, pour son travail intitulé : *Leçons d'ophthalmologie*, inscrit sous le n° 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Vincent, de Guéret (Creuse), pour son mémoire inscrit sous le n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : « De l'épithélioma des lèvres. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Deux mémoires ont concouru. Il n'y a pas eu lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il était de la valeur de 2,000 francs.

Quatre ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit :

1° Un prix de 1,200 francs à M. le docteur Lucas-Championnière pour son ouvrage : *Sur la trépanation du crâne*, inscrit sous le n° 2;

2° Un prix de 800 francs à M. le docteur Toussaint (Henri), pour son *Mémoire sur l'anatomie de l'artère pédieuse et sur ses anévrysmes*, inscrit sous le n° 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Larger, de Maisons-Laffitte.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Ce prix devait être décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. Il était de la valeur de 2,500 francs.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 1,500 francs à M. le docteur Liénard, de Sedan, auteur du mémoire portant pour épigraphe : *Laboremus*, inscrit sous le n° 2.

Elle accorde, en outre, une récompense de 1,000 francs à M. le docteur Emile Duponchel, médecin aide-major de 1re classe, au 18e escadron du train, à Bordeaux, pour le mémoire inscrit sous le n° 1, ayant pour épigraphe : *Statuar tumulo, non mastus et atrox, sed hilarus et coronatus* (Tacite).

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1876 à 1881), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. Ce prix était de la valeur de 10,000 francs.

Cinq concurrents se sont présentés.

L'Académie partage les prix ainsi qu'il suit :

1° 6,000 francs, à M. le docteur J. Bigelow, de Boston (Amérique), auteur du travail inscrit sous le n° 2, intitulé : *Cure et prophylaxie des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation urodyname.*

2° 4,000 francs à M. le docteur Th. Anger, auteur des travaux inscrits sous le n° 4 : *Nouveaux instruments pour faire la taille avec le thermo-cautère. — Hypospadias péno-scrotal.*

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs, pour la fondation d'un « prix de pareille somme, destinée à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la « tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites « des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. le docteur Alfaro, correspondant à Madrid. — Note déposée par le fondateur :

« J'offre à l'Académie la somme de 2,000 francs, pour la fondation d'un prix à accorder au « meilleur mémoire sur la question suivante :

« Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés destinés aux « maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens « d'action.

« Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigourenx dans les affections mélan- « coliques. S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Un mémoire a été envoyé pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Lagardelle.

Prix fondé par M. et madame Saint-Paul. — M. et Mme Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite.*

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette dotation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Six ouvrages ou mémoires ont été présentés pour ce concours.

Aucun d'eux n'a été jugé digne de récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins.

Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : « Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition. » La valeur de ce prix était de 1,000 francs.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

1° Des médailles d'argent à MM. les docteurs Lavergne, médecin des Enfants assistés du département de l'Allier, et Sagnier, médecin à la Grand'Combe (Gard).

2° Des médailles de bronze à MM. les docteurs Juventin, de Beaurepaire ; Ory, sous-inspecteur des Enfants assistés du département de la Loire ; Pippingskold, de Helsingfors (Finlande).

Médailles accordées à MM. les Médecins des épidémies.

L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1880 :

1° *Médaille d'or à* : M. le docteur Daga, médecin principal de 1re classe, pour son Rapport sur la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy, en 1879.

2° *Rappel de médaille d'or à* : M. le docteur Pilat, de Lille, Rapport sur les épidémies du département du Nord. Observation de cow-pox régénéré.

3° *Médailles d'argent à* : M. le docteur Amat (Louis), aide-major de 1re classe, Recherches statistiques sur la ville de Cette. — M. le docteur Aufrun, Histoire de l'épidémie de suette miliaire à Saint-Pierre d'Oléron. — M. le docteur Aron, médecin-major au 19e de ligne, Histoire de la fièvre typhoïde au château de Brest. — M. le docteur Bos, d'Aurillac, Compte rendu des épidémies de l'arrondissement et de la ville d'Aurillac. — M. le docteur Fournier, de Soissons, Rapport sur les épidémies de Soissons. — M. le docteur Vignes, de Tarbes, Rapport sur les épidémies du 1er arrondissement des Hautes-Pyrénées. — M. le docteur Pennetier, de Rouen, Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Rouen. — M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier), Epidémie de l'arrondissement de Gannat. — M. le docteur Paris, de Versailles, Rapport général sur les épidémies de Seine-et-Oise. — M. le docteur Perroud, de Lyon, Rapport général sur les épidémies de l'arrondissement de Lyon.

4° *Rappel de médailles d'argent à* : M. le docteur Barbrau, de Rochefort. — M. le docteur Benoist, de Guingamp (2e rappel). — M. le docteur Daniel, de Brest (3e rappel). — M. le docteur Pestel, à Saint-Chartier. — M. le docteur Ch. Viry, médecin-major à Aumale. — M. le

docteur Geraud, médecin aide-major au 31e d'artillerie, au Mans. — M. le docteur Prestat, de Pontoise. — M. le docteur Manouvriez, de Valenciennes (2e rappel).

5° *Médailles de bronze à* : M. le docteur Bardy, de Belfort, Epidémies de Belfort. — M. le docteur Bodélio, de Lorient, Epidémies de Lorient, dans un rapport au docteur Mauricet, de Vannes. — M. le docteur Briouval, Epidémie de suette au château d'Oléron. — M. le docteur Decool, Epidémie de l'arrondissement de Hazebrouck. — M. le docteur Delacour, Epidémies de l'arrondissement de Quimperlé. — M. le docteur Giustiniani, Epidémie de variole, arrondissement d'Ajaccio. — M. le docteur Guibert, Epidémies du département des Côtes-du-Nord, arrondissement de Saint-Brieuc. — M. le docteur Jablonski, Epidémies de l'arrondissement de Poitiers. — M. le docteur Diard, Epidémies de l'arrondissement de Rambouillet. — M. le docteur Durand, de Marseillau (Hérault). — M. le docteur Mantel, de Saint-Omer. — M. le docteur Rousseau, de Vouziers. — M. le docteur Malichecq, de Mont-de-Marsan.

Médailles accordées à MM. les Médecins-inspecteurs des eaux minérales.

L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales, pendant l'année 1879 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Caulet, médecin-inspecteur à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). M. le docteur Caulet est du nombre des anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris, qui accomplissent avec zèle leurs fonctions d'inspecteur des eaux minérales.

2° *Médailles d'argent à :*

M. le docteur Billout, médecin-inspecteur depuis seize ans à Saint-Gervais (Haute-Savoie). Rapports nombreux et importants sur l'établissement et les eaux de cette station ;

M. le docteur Bordes-Pagès, médecin-inspecteur à Aulus (Ariège). Rapport sur l'heureuse influence de ces eaux dans les syphilis secondaires et tertiaires ;

M. le docteur Achille Bouyer, médecin-inspecteur à Cauterets. Mémoire important et très étudié sur les inhalations sulfureuses à Cauterets.

3° *Rappel de médailles d'argent à :*

M. le docteur Cazalis. Série de rapports intéressants et distingués sur les eaux de Challes (Savoie) ;

M. le docteur Collin, médecin-inspecteur à Saint-Honoré (Nièvre). Rapport consciencieux sur les indications des eaux de sa station ;

M. le docteur Japhet, médecin-inspecteur à Enghien. Mémoire très complet sur les différentes indications des eaux d'Enghien.

4° *Médailles de bronze à :*

M. le docteur Batbedat, inspecteur depuis vingt-sept ans. Fait un rapport chaque année sur les eaux de Gamarde et de Préchacq (Landes) ;

M. le docteur Boudet, à Châteauneuf. Rapport complet sur l'établissement et les eaux de Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme) ;

M. le docteur Bourgarel, à Pierrefonds (Oise). Mémoire intéressant et consciencieux sur les indications précises des eaux de Pierrefonds ;

M. le docteur Coignard, médecin-inspecteur à Cusset (Allier). Travaux originaux et intéressants sur les eaux alcalines ;

M. le docteur Dubourqué, à Salines de Béarn (Basses-Pyrénées). Rapport sur les indications de cette station ;

M. le docteur Longuet, médecin aide-major au 2e spahis. Travail intéressant sur les eaux thermales des environs de Lalla-Marinia (département d'Oran) ;

M. le docteur Regnault (Bourbon-l'Archambault). Travail intéressant sous ce titre : *De l'emploi des eaux de Bourbon-l'Archambault dans diverses diathèses* (*scrofules*, *rachitis*, *chlorose*, *rhumatisme et syphilis*) ;

M. le docteur Ernest Renard. Rapport très complet sur l'hôpital thermal d'Hammam R'hira (Algérie.)

(*La fin dans un prochain numéro.*)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 21 au 27 juillet 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 925. — Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 7. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 38. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 46. — Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 30. — Bronchites aiguës, 18. — Pneumonie, 49. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 79 ; au sein et mixte, 34; inconnus, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83 ; circulatoire, 51 ; respiratoire, 47 ; digestif, 40 ; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 9. — Après traumatisme, 5. — Morts violentes, 45. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 30e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,235 naissances et 925 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 960, 1,041, 884, 986. Le chiffre de 925 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (34 décès au lieu de 37 pendant la 29e semaine); la Variole (7 décès au lieu de 15), la Scarlatine (6 au lieu de 8), la Coqueluche (1 au lieu de 2), l'Érysipèle (9 au lieu de 11) ;

Une aggravation pour la Diphthérie (38 au lieu de 28), la Rougeole (19 au lieu de 16), l'Infection puerpérale (7 au lieu de 6).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (73 malades reçus du 17 au 23 juillet, au lieu de 87 entrés pendant les 7 jours précédents) et pour la Diphthérie (23 au lieu de 29) et supérieur pour la Variole (34 au lieu de 28).

En se reportant aux bulletins précédents, on remarquera la diminution qu'a subie la mortalité du groupe des individus âgés de plus de 60 ans. Alors que durant le mois de février, il était enregistré chaque semaine : pour ce groupe d'âges, 350 à 400 décès, on en a compté cette semaine 160. Au surplus, l'étude des différences qui existent, pour chaque groupe d'âges, entre les chiffres de décès relevés pendant le 1er trimestre et ceux qui figurent dans nos derniers bulletins, montre que les vieillards bénéficient surtout de l'atténuation qui se produit sur la mortalité à cette époque de l'année. Ce résultat est conforme d'ailleurs à la loi statistique d'après laquelle l'été est pour les gens âgés la saison la plus favorable, tandis que les températures élevées, au contraire, sont préjudiciables aux enfants du premier âge.

Dr Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT du 31 juillet au 5 août 1882.

Jeudi 3. — M. Coudrin : Contribution à l'étude du pneumothorax. (Président, M. Cornil.)

— M. Parmilleux : Névralgie vulvo-vaginale. (Président, M. Cornil)

— M. Deniau : De la pilocarpine. Son action. Son emploi dans la thérapeutique oculaire. (Président, M. Cornil.)

— M. Mieussens : De la dégénérescence graisseuse du cœur. (Président, M. Hardy.)

— M. Rome : La pleurotomie et le traitement rationnel de la pleurésie purulente. (Président, M. Hardy.)

— M. Laporte : Réflexions cliniques sur 34 cas de fièvres typhoïdes. (Président, M. Hardy.)

— M. Auquier : Contribution à l'étude du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. (Président, M. Brouardel.)

— M. Griveau : Étude clinique et pathogénique sur l'ascite dite idiopathique et en particulier sur l'ascite des jeunes filles. (Président, M. Brouardel.)

— M. Riu : Étude expérimentale et clinique sur les nerfs pneumo-gastriques. (Président, M. Peter.)

Vendredi 4. — M. Ward-Wiliam : Manuel opératoire de l'urano-staphylorraphie. (Président, M. Trélat.)

— M. Touaille de Larabrie : Étude sur l'hypertrophie congénitale de la langue. (Président, M. Duplay.)

— M. Méricamp : Contribution à l'étude des artropathies syphilitiques tertiaires. (Président, M. Fournier.)

— M. Nais : De la dystocie par procidence des membres inférieurs. (Président, M. Depaul.)

— M. Lafosse : Essai sur le traitement des synovites tendineuses à grains riziformes de la ace antérieure du poignet et de la main. (Président, M. Verneuil.)

— M. Masseron : Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et pelvienne. (Président, M. Verneuil.)

— M. Combret : Des principales méthodes d'administration du mercure par la peau. (Président, M. Charcot.)

— M. Brumauld de Montgazon : Ostéologie et myologie de la grenouille. (Président, M. Baillon.)

— M. Hamon : Alimentation artificielle volontaire chez les phthisiques, à l'aide du tube du docteur Faucher. (Président, M. Béclard.)

— M. Journet : Étude sur la fréquence du cancer dans la terminaison de l'intestin grêle. (Président, M. Potain.)

— M. Lacaze : Étude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants. (Président, M. Potain.)

Samedi 5. — M. Ferrand : De la forme dysphagique de la phthisie laryngée. (Président, M. Cornil.)

— M. Grenaudier : Contribution à l'étude de l'hémophilie. (Président, M. Bouchard.)

— M. Juliau Numa : Du massage de l'œil dans quelques affections de la cornée et des paupières. (Président, M. Panas.)

— M. Lagelouze : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par des frictions mercurielles. (Président, M. Panas.)

— M. Fesquet : Traitement de l'ulcère simple et de ses complications. (Président, M. Panas.)

— M. Castinel : Quelques considérations sur la réimplantation des dents. (Président, M. Sappey.)

— M. Carboué : De l'iridectomie dans la kératite parenchymateuse, et la scléro-kératite. (Président, M. Richet.)

— M. Mormiche : Contribution à l'étude de l'adénome palatin. (Président, M. Richet.)

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. L.-G. Richelot, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Richet, commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le samedi 5 août 1882, et les continuera les mardis et samedis suivants.

— Le concours du clinicat des maladies des enfants s'est terminé vendredi matin, 28 juillet 1882, par la nomination de M. Leroux comme chef de clinique titulaire et M. Variot (G.), — le frère de notre regretté confrère de Neuilly, — comme chef de clinique adjoint.

— Une souscription publique est ouverte à l'École de médecine navale de Brest, pour l'érection, dans l'une des salles du Musée d'histoire naturelle, d'une plaque commémorative en l'honneur de notre regretté confrère, le docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine, le courageux explorateur de la Guyane.

— Les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris ont adressé au Conseil municipal une pétition dans laquelle ils demandent à bénéficier de l'augmentation de l'indemnité attribuée aux internes en médecine.

Choléra. — Un cas de choléra asiatique suivi de mort rapide s'est produit le 18 de ce mois à l'hôpital de Charlottenbourg, près de Berlin. Toutes les précautions nécessaires ont été prises pour empêcher la propagation de la maladie.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

UN NOUVEAU MÉDICAMENT CARDIAQUE (1)

(Recherches sur le *Convallaria maïalis*).

Par M. le professeur Germain SEE.

OBS. VII. — *Dilatation primitive du cœur.* — Gontal, 52 ans, charretier, entré le 31 mai, salle Saint-Joseph, n° 12. — Pas de rhumatisme. Aucune maladie. Début il y a deux mois par oppression avec douleur épigastrique ; très rapidement, en 15 jours, l'oppression augmente au point que le malade ne peut plus monter les escaliers et peut à peine marcher. Palpitations douloureuses. La nuit, accès d'étouffement ; obligé de se lever et de passer la nuit assis sur le bord du lit. Tousse depuis un mois. Pas d'œdème.

Battements de cœur forts, soulevant violemment le thorax, pulsation étendue. Matité élargie. Arythmie. Pas de souffle. Pouls petit, inégal, irrégulier. Quelques râles muqueux, aux deux bases. Pas d'œdème des jambes. Urines chargées, foncées, pas d'albumine. 400 grammes dans les vingt-quatre heures.

Le 1er juin 0,50 centigrammes d'extrait de convallaria.

L'oligurie persiste jusqu'au 5 juin. Ce jour-là un litre, le lendemain 1,500 grammes, puis 2,600 grammes. Le 11, 3 litres. Dès lors, la diurèse est établie. Le malade a de temps à autre des accès d'étouffement. Mais l'oppression est beaucoup moindre. Toujours pas de souffle. Le pouls est plus fort, plus régulier.

Le 14 juin on supprime l'extrait et on donne 2 gr. 50 de fleurs en infusion. L'urine tombe à 1,000. 800, 400 grammes. Oppression reparaît, accès, étouffements.

Le 18, 5 grammes de fleurs. — Le 19, diarrhée et coliques. Mais la diurèse s'établit, moindre toutefois qu'avec l'extrait et ne dépasse pas 2 litres.

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Qui a dit « Nascuntur poetæ » ? Ce n'est pas Horace. — Les portraits de Rabelais. — Un pastiche de Froissart. — Les *inviteuses*. — Les minuties obligées du pansement de Lister. — Réforme du service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Éditions américaines de livres français. — Une annonce hypocrite.

Il y a, de par le monde, un certain nombre de phrases courtes, souvent elles-mêmes fragments de phrases, ou de vers, en latin, en grec, en français, dans toutes les langues en un mot, et qui, à force d'être répétées, de passer de bouche en bouche et de génération en génération, font partie de la sagesse des nations à titre de proverbes, adages, aphorismes, etc. Si on vous demandait le nom de l'auteur de tel ou tel de ces membres de phrases que vous citez si familièrement, vous seriez, je suppose, bien embarrassés, à moins de faire comme la délicieuse madame la sous-préfète Reichemberg *Du Monde où l'on s'ennuie*, et d'ajouter à votre citation le premier nom illustre venu.

C'est ainsi qu'a fait Simplissime dans sa dernière *Causerie*, en attribuant à Horace le fameux *Nascuntur poetæ* par lequel il l'avait commencée. Mais comme l'UNION MÉDICALE fourmille de lecteurs plus instruits que lui, Simplissime a été invité par lettre spirituelle à faire une petite rectification touchant l'auteur. « Honoré Simplissime, me dit mon correspondant, « *Nascuntur poetæ* » n'est pas d'Horace, mais de Quintilien. Ce lapsus de votre part, à vous qui vous

Obs. VIII. — *Dilatation primitive du cœur.* — Courgibet, tonnelier, âgé de 43 ans, entré le 4 juin, salle Saint-Joseph, n° 5. — Traité au commencement d'avril dans le service pour une première attaque d'arythmie, avec œdème des jambes, ascite, teinte ictérique, crachats hémoptoiques; digitale et lait. — Sorti remis de cette attaque vers le 20 mai.

Rentré le 4 juin, le malade a été repris depuis quatre à cinq jours d'oppression et de gonflement du ventre; depuis deux jours œdème des jambes.

Actuellement, œdème remontant jusqu'au haut des cuisses, ascite; gonflement du foie qui est très douloureux à la pression. Teinte ictérique des yeux. Orthopnée avec angoisse précordiale. Arythmie complète, sans souffle; battements tumultueux, très étendus. Pouls petit, irrégulier, faible. Artères sinueuses et dures.

Urines rares, pas d'albumine; 500 grammes.

5 juin. 0 gr. 50 d'extrait.

Le 8, la quantité d'urine monte à 800; le 9, à 1,000, puis à 2,000, 2,500. L'œdème des jambes disparaît en partie; il reste un peu d'œdème malléolaire. Le cœur devient plus régulier, le pouls plus fort. Le malade, très constipé à son entrée, va régulièrement à la selle deux fois par jour depuis le 10.

Le 14, on supprime l'extrait et on donne 2 gr. 50 d'infusion de fleurs. La quantité d'urine tombe à 1,600, 1,400, 1,200.

Le 18, on donne 5 grammes d'infusion de fleurs. L'urine remonte un peu à 1,600, 1,800, mais reste à partir de ce jour stationnaire, oscillant autour d'un litre et demi.

Obs. IX. — *Arythmie avec hypertrophie du cœur.* — L'arythmie datait de six mois. Sous l'influence du maïalis à la dose d'un gramme par jour, les irrégularités disparurent dès le deuxième jour et ne reparurent plus; le traitement fut continué un mois.

Obs. X. — *Hypertrophie de croissance.* — (Malade du service de M. Panas). Ce malade avait eu une hémorrhagie rétinienne, des épistaxis. Il présentait les signes d'une hypertrophie avec congestions faciales très pénibles et des battements artériels généralisés. Sous l'influence de l'extrait de muguet, les battements vasculaires diminuèrent considérablement de force, la congestion disparut; le pouls tomba de 20 pulsations.

Obs. XI. — *Insuffisanee aortique avec battements artériels généralisés, hypertrophie du ventricule gauche. Dyspnée.* — Après trois jours de traitement, les pulsations artérielles disparurent avec la dyspnée.

Obs. XII. — *Id.*

Obs. XIII. — *Insuffisance aortique avec œdème des membres inférieurs.* — Dès le deuxième jour, diurèse considérable; disparition de l'œdéme.

---

piquez d'exactitude, ne peut venir que des temps orageux que nous traversons; vous aurez pensé à Quintus Horatius Flaccus et écrit Horace pour Quintilien. »

Merci, cher et bienveillant lecteur, de la perche que vous voulez bien me tendre, mais je dois avouer en toute sincérité que je n'ai même pas songé à Quintilien. Après avoir écrit le Nascuntur poetæ, je me suis demandé qui avait bien pu dire cela. J'ai hésité entre Horace, qui était né poète, et Cicéron qui, n'ayant pu le devenir, en avait gardé rancune à la poésie, bien que l'art oratoire lui eût donné de larges compensations, jusqu'à faire un mauvais calembourg dans le seul vers, fort mauvais aussi du reste, qu'il ait jamais pu mettre sur ses pieds. Le voici, tel que ma mémoire se le rappelle :

O fortunatam natam, me consule, Romam.

Après avoir donc hésité entre ces deux citoyens romains, je me suis prononcé pour Horace, sans trop savoir pourquoi. J'aurais eu tout aussi tort si j'avais dit Cicéron, ce qui prouve qu'il faut toujours se défier lorsqu'on a à parler de ce qui court les rues, aussi bien les proverbes qu'autre chose.

***

Le tort que j'ai fait à Quintilien en ne le citant pas est tout involontaire, cher lecteur, vous n'en doutez pas; il m'eût fallu, pour m'en garder, consulter un livre capable de me renseigner à cet égard, un livre contenant tous les proverbes, adages, etc., avec le nom de leur auteur, ou chercher. Mais un tel livre n'existe pas, que je sache du moins; quant à chercher, où et comment? Les recherches bibliographiques sont œuvre fort ardue, elles demandent énormément de temps et de patience, et tout le monde n'a pas les deux à doses suffisantes

OBS. XIV. — *Péricardite chronique avec rétrécissement mitral, œdème, dyspnée.* — Après quatre jours de traitement, l'œdème disparaît sous l'influence d'une diurèse très considérable.

OBS. XV. — *Hypertrophie du cœur avec rétrécissement mitral, chez un diabétique.* — Hydropisie générale, dyspnée, anurie presque complète malgré l'usage exclusif du lait.

Les urines reparurent au bout de quatre jours et s'élevèrent à 2,000 grammes. Diminution de l'hydropisie. Le souffle s'atténua et le malade put dormir, marcher sans éprouver de dyspnée bien marquée.

OBS. XVI. — Le médicament fut donné dans trois cas sans succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 34 ans, atteinte de rétrécissement mitral avec insuffisance. Cette femme, arrivée à la dernière période des maladies de cœur, après plusieurs attaques d'asystolie, était infiltrée de tout le corps, — Anasarque, ascite, œdème et congestion pulmonaire, urines rares, chargées, légèrement albumineuses. Elle avait été soumise successivement au régime lacté, à la digitale, à l'iodure de potassium, sans résultat appréciable. L'extrait de convallaria fut donné pendant trois semaines à la dose de 50 centigrammes, puis 1 gramme; aucun effet ne fut constaté. On revient à la digitale et au lait sans plus de succès. La malade *mourut le 10 juin. A l'autopsie*, on trouva un rétrécissement serré de l'orifice mitral produit par le boursouflement et l'induration de la grande valve, avec insuffisance à l'épreuve de l'eau; en outre une symphyse cardiaque complète. Les poumons congestionnés et indurés présentaient les lésions de la broncho-pneumonie cardiaque chronique. Les reins, le foie, la rate étaient atrophiés et sclérosés.

OBS. XVII. — Le deuxième malade était un homme de 50 ans atteint d'insuffisance mitrale avec œdème des membres inférieurs. L'extrait de convallaria fut donné pendant quinze jours sans aucun effet; l'œdème persista et alla même en augmentant, la quantité de l'urine ne dépassa pas un litre et demi. Même il faut remarquer que chez ce malade l'affection cardiaque n'était qu'un épiphénomène surajouté à une série d'autres altérations. Cet homme était en effet *atteint d'intoxication saturnine;* il avait en outre des fièvres intermittentes graves contractées au Mexique; il présentait le teint terreux propre à la cachexie saturnine aussi bien qu'à la cachexie paludéenne; sa rate était énorme et son foie volumineux et douloureux descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic.

OBS. XVIII. — Enfin le troisième était un athéromateux de 60 ans avec néphrite interstitielle; le cœur gros et dilaté. Pendant les premiers jours, le médicament parut produire une amélioration véritable, la quantité d'urine monta de 1,800 à 2,500 grammes dans les vingt-quatre heures; mais cette amélioration fut très passagère. Au bout de quatre à cinq jours, la quantité d'urine retomba à 1,200 et 1,500 grammes. L'oppression persista avec accès d'étouffement la nuit, et un léger degré d'œdème apparut autour des chevilles.

---

pour faire un bibliographe ou un bibliophile. C'est pourquoi j'admire fort ceux qui sont doués de ces deux qualités; je lis volontiers leurs travaux, et je les loue quand j'en trouve l'occasion. Ceci dit pour en arriver à vous parler des recherches entreprises par M. Turner sur les portraits de Rabelais, et publiées actuellement dans le *Progrès médical*. Je ne puis guère analyser ces minutieuses études, hérissées de noms et de dates; j'aime mieux, pour me conformer à la mode de la saison, cueillir les fleurs de rhétorique qu'il y a semées, et en faire un bouquet que j'aurai l'honneur de vous présenter.

Les portraits de ce temps étaient généralement accompagnés de courtes pièces de vers, quatrains, sixains, etc., à la louange ou à la satire du personnage pourtraicturé.

On trouve avec celui de Montcornet le sixain suivant :

Cet esprit est rare et subtil,
Charmant, jovial et gentil,
Ne nous paroist-il pas sur ce riant visage?
Démen donc avec nous la mort de Rabelais,
Ou recognois son advantage
De revivre après son decez.

Ceci est aussi laudatif pour l'artiste que pour le modèle. Dans un quatrain fait sur le portrait de Gauthier, le modèle seul est glorifié, mais il est difficile de dire si la chute est une louange ou une critique :

Ici tu vois pourtrait à moitié seulement
Celui dont l'univers parle si hautement;
Pourquoi n'est-il entier? Veux-tu ce point entendre?
Le monde ne saurait tout Rabelais comprendre.

TROISIÈME PARTIE. — *Suite des observations cliniques. — Résumé des observations.*

20 observations de maladies du cœur dont 14 recueillies à l'hôpital et 6 en ville. — En outre, 4 cas de néphrites chroniques traitées sans succès.

De ces 20 observations, il faut défalquer 3 cas graves, dont l'un suivi de mort, l'autre compliqué de saturnisme, et le troisième consistant en une asystolie déjà ancienne; dans ces 3 cas, le médicament n'a rien produit.

Les 17 observations qui servent de base à ce travail se rapportent à 5 insuffisances mitrales, 2 rétrécissements de l'orifice mitral, 2 dilatations du cœur, 1 hypertrophie avec de graves congestions cérébro-oculaires, 4 maladies de Corrigan ou insuffisances aortiques, 1 arythmie simple, 1 péricardite chronique, 1 hypertrophie avec rétrécissement mitral chez un diabétique.

Insuffisance mitrale	5	cas.
Rétrécissement de l'orifice mitral	2	—
Dilatation du cœur	2	—
Hypertrophie de croissance	1	—
Maladie de Corrigan	4	—
Arythmie simple	1	—
Péricardite chronique	1	—
Hypertrophie avec rétrécissement mitral chez un diabétique	1	—

(*La suite dans un prochain numéro.*)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

DU MÉCANISME DE LA RESPIRATION. — ACTION SPÉCIALE DES NERFS INTERCOSTAUX ET DES DIVERSES RACINES DU NERF PHRÉNIQUE;

Par MM. les docteurs A. HÉNOCQUE et ELOY.

Dans cette nouvelle série de recherches, les deux expérimentateurs ont pu étudier l'action isolée des racines du nerf phrénique et des nerfs intercostaux inférieurs et moyens. Les sections nerveuses étaient combinées de façon à obtenir les tracés graphiques respiratoires dans ces diverses circonstances.

Ils ont pu constater que le rhythme respiratoire est modifié des deux côtés par la section d'un seul nerf phrénique, que les racines inférieures ont une action moindre que les supé-

---

Voici enfin une épigramme d'un méchant poète satirique, François Gacon, inscrite sur le piédestal du portrait de Rabelais par Desrochers :

Rabelais, ce Varron françois,
Dans son agréable satyre,
Pinçant Peuples, Prélats et Rois,
Treuve l'art de nous faire rire.
Heureux si ces écrits plaisants
Et qu'avec justice l'on prise,
Etaient eux-mêmes plus exempts
Des vices qu'il y satyrise.

***

Ce vieux français ressemble assez au français actuel pour que tout le monde le comprenne à la lecture. Si vous en voulez de plus ancien, lisez, cher lecteur, le pastiche de Froissart que vient de commettre un amant de notre vieille langue, notre confrère M. L. Thomas. Il nous a raconté d'une manière fort amusante, en français du XIVe siècle un peu rajeuni, la récente dispute des étudiants et des Alphonses, terminée par l'intervention brutale de la police. Je ne veux pas déflorer ce petit chef-d'œuvre en vous en donnant des fragments informes; j'aime mieux vous dire qu'il a été publié dans le numéro de l'*Abeille médicale* du 19 juin dernier, et qu'il a été reproduit par différents journaux, entre autres le *Progrès médical* du 22 juillet.

***

Il est nécessairement question, dans ce petit morceau, de truands, francs-mitous et ribaudes,

rieures et que les racines supérieures régularisent le rhythme respiratoire. Après la section de celles-ci, on constate une augmentation de l'amplitude accompagnée d'arythmie des mouvements d'inspiration et d'expiration. Pour le moment, les expérimentateurs veulent demeurer sur le terrain des faits et laissent de côté toute interprétation théorique. Néanmoins, ils font observer que l'intégrité des racines supérieures était nécessaire pour la régularité et la conservation du rhythme respiratoire. Ces racines posséderaient donc une véritable action régulatrice. Ces phénomènes ont une certaine importance clinique ; mais MM. Hénocque et Eloy se réservent, avant de donner une conclusion définitive, d'exposer les résultats acquis par d'autres expériences déjà faites. (*Société de biologie*, 29 juillet 1882.)

CORRESPONDANCE

LA CAUTÉRISATION PONCTUÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Le n° 97 (20 juillet 1882) de l'UNION MÉDICALE renferme la note que M. le docteur Vidal, d'Hyères, a lue à l'Académie de médecine le 11 du même mois, sur la *cautérisation ponctuée dans le traitement des maladies des organes respiratoires.*

En tête de cette note, l'auteur, après avoir rappelé que j'ai signalé cette méthode dès 1830 à l'attention des médecins, s'exprime comme il suit : « Deux causes principales ont nui, « d'après nous, à la vulgarisation de ce traitement si logique. Ce sont : 1° en admettant que « des expériences assez nombreuses aient pu être faites, les résultats fournis par un pro- « cédé opératoire qui, par des brûlures profondes, cherche surtout à provoquer une *inflam- « mation substitutive.* 2° L'invincible répulsion éprouvée par les malades à se soumettre de « leur plein consentement à des cautérisations d'autant plus douloureuses, que leur imagina- « tion se trouve plus surexcitée par des préparatifs rappelant *les moyens employés jadis par « les bourreaux de l'Inquisition.* Il fallait certes un bien grand courage pour consentir à « laisser éteindre dans sa chair, ces cautères qu'on avait vus rougir sous ses yeux. Les dou- « leurs *consécutives, profondes, persistaient longtemps* après le départ de l'opérateur, et les « malades devaient bien rarement lui permettre de recommencer. Aussi ne *sommes-nous « pas étonnés de l'oubli très immérité,* mais presque *fatal,* dans lequel était tombé le traite- « ment de M. Guérin. »

Après ce passage, l'auteur ajoute : « L'invention du thermo-cautère du *docteur* Paquelin « nous a permis de reprendre, avec quelques modifications, le traitement indiqué par « M. Guérin. Nous l'employons avec un tel succès depuis plus de cinq ans, contre la tuber-

---

qui ont été cause que tant de bons et honnêtes bourgeois et escholiers ont été déconfits par les quarteniers et gens du guet.

Ceci m'amène à vous parler d'un article publié dans la *France médicale* par MM. Barthélemy et Devillez sur les *inviteuses.* Ces dames ou demoiselles, comme vous voudrez, sont ainsi dénommées parce que leur rôle consiste à se faire offrir des consommations par les clients des brasseries et à les pousser eux-mêmes à la consommation. Pour obtenir ce résultat, elles sont parfois obligées d'absorber des quantités de liquide à faire reculer un portefaix. L'une d'entre elles est citée comme ayant absorbé en un seul jour 42 bocks, 2 chartreuses, 3 absinthes et 1 grog américain. Quoi d'étonnant après cela que ces organismes imbibés d'alcool réagissent mal en cas de maladie et que les ulcérations cutanées tendent plutôt à progresser qu'à guérir. C'est ce que démontrent nos confrères, en faisant voir que les dermatoses en général, et les syphilides en particulier, sont plus sérieuses et rebelles que chez le commun des malades.

***

Tout le monde connaît maintenant les magnifiques résultats que donnent en chirurgie les pansements antiseptiques. On sait également que trop souvent encore, malgré l'emploi de ces pansements, on observe des accidents mortels à la suite des opérations. Les partisans convaincus de la méthode antiseptique ne manquent pas de dire alors que ces accidents ne sont survenus que parce qu'une faute, une omission grave, a été commise pendant le pansement, et, quand on cherche bien, il est rare qu'on ne la trouve pas. On cite, à ce propos, l'anecdote suivante :

Un chirurgien allemand (il aurait pu être français, mais j'aime mieux qu'il soit allemand),

« culisation et autres maladies des organes respiratoires, que nous croyons devoir le signaler « à l'attention de nos confrères. »

Nous sommes obligé, dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt des malades, dans l'intérêt de la méthode, de déclarer que tout ce qu'on vient de lire *est complètement et absolument inexact*. Je ne doute pas que l'auteur n'ait eu de très bonnes intentions; mais, s'étant dispensé de nous lire et surtout de voir appliquer la méthode, il en a parlé par ouï-dire, sans la moindre connaissance de ses principes, de ses règles, de ses instruments et de ses résultats.

En voici les preuves :

A. Je ne fais ni brûlures profondes ni ne cherche à provoquer une inflammation substitutive. Dans mon premier mémoire (*Gazette médicale*, 1854, page 583), je m'explique comme il suit (1) :

« *Physiquement*, la cautérisation ponctuée consiste dans l'application instantanée sur la « peau, à l'aide d'une sorte de percussion élastique, de l'extrémité *mousse* d'une tringle rougie « à blanc, ayant 2 à 3 millimètres de diamètre et touchant la peau au plus pendant un quart « de seconde, sous forme de points en nombre variable, à la distance les uns des autres de « 1 ou 2 centimètres.

« *Physiologiquement*, la cautérisation pointillée *non suppurante* consiste, ainsi que l'exprime « cette dernière qualification, dans une ustion complète de la *couche épidermique* de la peau, « sans *phlyctène*, sans *apparence aucune d'inflammation suppurative*, ni même de *réaction* « *inflammatoire*; en un mot, c'est la cautérisation *sans inflammation*. »

B. La méthode n'est ni *effrayante*, ni *douloureuse*, et elle n'était ni *abandonnée*, ni *tombée dans l'oubli*.

Dans le même mémoire, on lit ce qui suit : « Depuis plus de dix ans que nous avons vul- « garisé la cautérisation pointillée ou ponctuée, que des centaines de médecins de tous les « rangs et de tous les pays ont été initiés par nous à cette méthode, qu'un nombre incalcu- « lable de malades en ont senti les plus grands bienfaits, que partout ce moyen est conseillé, « appliqué et connu comme de notre invention, nous croyons superflu de revendiquer ce qui « nous appartient. »

Ces deux citations pourraient suffire pour rétablir la vérité méconnue par M. Vidal; mais nous avons fait plus, nous avons invité notre confrère à assister à la pratique de la méthode; et le jour où il a bien voulu se rendre à notre invitation, le hasard a voulu que parmi plusieurs malades venus à ma consultation pour être cautérisés, se trouvât une dame guérie pa ce moyen, il y a environ trente-cinq ans, d'une double affection tuberculeuse des vertèbres

(1) *Mémoire sur la cautérisation pointillée non suppurante*, communiqué à l'Académie royale de médecine de Belgique, par le docteur Jules Guérin, membre honoraire : *Gazette médicale*, 1854, page 583 et suivantes.

---

imbu de la lecture des œuvres de Lister, prie ce grand chirurgien, de passage dans sa localité, de vouloir bien assister au pansement de ses blessés. Après le premier pansement, exécuté suivant la manière dont il avait compris le texte de Lister, le chirurgien allemand demande à son visiteur : « Que dites-vous de mon pansement, n'est-il pas fait suivant les règles? — Je ne puis que louer votre habileté, répond Lister. Mais votre pulvérisateur s'est arrêté quatre ou cinq fois, l'aide qui vous a passé le *protective* ne s'était pas lavé les mains dans la solution phéniquée, votre carré de gaze est trop étroit, votre tube à drainage trop court et vos sutures sont trop serrées. *Le reste* est parfait. » Le reste! Il ne restait pas grand'chose.

M. le professeur Léon Tripier, de Lyon, en prenant possession de son service de clinique chirurgicale, résolut d'y mettre en pratique, dans toute sa rigueur, la méthode antiseptique. Mais, au lieu de s'instruire par la lecture, il alla faire un séjour prolongé à Londres, d'abord dans le service de Lister, puis à Halle, dans celui de Volkmann. L'installation du professeur de Lyon a été décrite avec beaucoup de détails par M. Augagneur dans le *Lyon médical* du 30 juillet dernier; nous vous y renvoyons, cher lecteur, si vous voulez en savoir davantage. Mais j'emprunte à cette relation deux faits qui sont bien instructifs. Après avoir énuméré les nombreux détails dont il importe de tenir compte dans le pansement de Lister, M. Augagneur ajoute :

« Ces précautions multiples exigent une attention de tous les instants, et il faut, pour qu'elles passent à l'état d'habitude, de *réflexe*, une pratique soutenue de plusieurs semaines. Les résultats qui en sont la conséquence viennent bientôt prouver qu'on suit la bonne voie et amènent à cette conclusion que toute complication septique est imputable au chirurgien qui a oublié ou mal exécuté quelque temps de la méthode. Nous avons vu, cette année, succomber deux de nos opérés à des intoxications septicémiques.

et des poumons (1). Cette dame, qui s'était toujours bien portée depuis et avait eu 10 enfants, était reprise depuis quelque temps de douleurs dans le trajet de la colonne vertébrale. Je lui ai appliqué la cautérisation ponctuée sous les yeux de notre confrère, et il a pu se convaincre que cette méthode, employée comme elle doit l'être et avec nos tringles ordinaires, ne cause ni douleur appréciable, ni *brûlures profondes*, ni *inflammation*, ni *suppuration*, mais de simples ustions épidermiques, ne laissant après elles que de petites croûtes sèches et superficielles, puis de simples taches de la peau.

Or, depuis une quarantaine d'années que nous avons imaginé la méthode pour nous-même, et que nous nous la sommes appliquée ou fait appliquer à plusieurs reprises, il n'est pas de jour où nous n'y ayons eu recours plusieurs fois; et tous les médecins qui sont venus nous visiter, ont pu voir constamment dans notre cabinet, été comme hiver, un fourneau et des tringles rougies à blanc toutes prêtes à être appliquées, sans que les malades aient eu à « s'effrayer des préparatifs rappelant les moyens employés par les bourreaux de l'Inquisition. » C'est donc par milliers que les points de feu ont été appliqués depuis plus de quarante ans par nous et par les praticiens que nous avons initiés à cette méthode. Nous en avons entretenu l'Académie a plusieurs reprises, et si nous n'avons pas fatigué nos confrères des résultats sans nombre produits par cette méthode, c'est que nous étions convaincus, comme nous l'avons écrit maintes fois, que son efficacité parfaitement reconnue parlait suffisamment d'elle-même. Les nouveaux témoignages apportés par M. Vidal, avec des restrictions qu'il n'emploiera plus désormais, n'ont fait qu'ajouter aux titres qui recommandent la cautérisation ponctuée a la confiance des médecins.

Veuillez agréer, etc. Jules Guérin.

(1) L'observation de cette malade, traitée sous les yeux de la commission des hôpitaux, est insérée dans le rapport de cette commission, page 167.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

MM. Dastre et Morat adressent une note intitulée : *Des nerfs sympathiques dilatateurs des vaisseaux de la bouche et des lèvres.*

« Nous avons annoncé (*Comptes rendus*, 16 et 30 août 1880) l'existence, dans le cordon cervical du grand sympathique, considéré jusqu'à ce moment comme le nerf constricteur vasculaire type, de filets antagonistes destinés à dilater les vaisseaux d'une région de la tête,

---

« Une femme mourut en quarante-huit heures, après une ablation du sein. En recherchant oyalement les causes de cette terminaison fatale, nous trouvâmes que les éponges, dont on s'était servi pendant l'opération, avaient été huit jours auparavant employées dans les foyers purulents d'une vieille ostéo-arthrite du pied. L'infirmier que nous avions alors n'avait pas glissé ces éponges dans la boîte qui leur est destinée.

« Notre second mort, homme porteur de plusieurs abcès par congestion de la région postérieure du tronc et de la cuisse droite, présenta, trois semaines après l'incision et le râclage de ces abcès, une gangrène du dos; il mourut de septicémie six jours après. On apprit alors que ce malade avait eu ses plaies irriguées avec les canules d'un irrigateur servant au pansement d'un vaste anthrax de la nuque survenu chez un diabétique. Trois jours avant sa mort, le diabétique avait présenté une éruption septicémique autour de sa plaie. Le surlendemain, une éruption identique se montrait chez notre opéré et avant tout autre symptôme. *Quod erat demonstrandum !* »

***

Je dois vous mettre en garde, chers lecteurs, dans le cas où vous auriez la curiosité d'acheter les éditions américaines de nos auteurs français, contre deux livres publiés récemment à la librairie Lea, de Philadelphie : le *Manuel d'histologie*, de Cornil et Ranvier, et les *Leçons sur la syphilis*, de Cornil.

Les deux ouvrages ont été complètement remaniés dans l'édition américaine : le premier, par MM. Shakespeare et Simes ; et le second, par MM. Simes et White, mais remaniés de telle sorte qu'ils sont méconnaissables. Le *Manuel d'histologie* n'est plus qu'un abrégé du texte original traduit en anglais; par exemple, le chapitre du sarcome est bien contracté des deux tiers. En outre, on a changé les figures de l'original contre d'autres tirées de tous les traités classiques d'histologie, anglais et allemands. Enfin on y a ajouté des notes qui, au lieu d'être

la région bucco-faciale. Il nous restait à faire connaître nos expériences de contrôle et à signaler les circonstances physiologiques de l'action de ces nerfs :

1° On sectionne la moelle épinière à la région inférieure du cou. On excite le segment postérieur. On voit alors se produire une dilatation primitive des vaisseaux dans une grande partie de la tête, particulièrement dans la région de l'oreille et dans la région bucco-faciale, muqueuses nasale, palatine, gingivale, géniale, labiale et parties cutanées correspondantes.

Ce résultat s'observe chez les animaux sur lesquels nous avons expérimenté : chat, lapin, chien, chèvre. Il s'accorde avec l'existence de nerfs dilatateurs partant de ce segment de moelle.

2° On découvre les deuxième, troisième, quatrième et cinquième racines dorsales; après les avoir coupées et détachées de la moelle, on porte l'excitation sur le bout périphérique. Le résultat est encore la dilatation; mais il ne s'observe que chez le chien, et il est plus circonscrit, limité à la région bucco-faciale du côté correspondant aux racines excitées. Cette épreuve révèle donc, dans ces racines, l'existence de filets vaso-dilatateurs pour la région bucco-faciale. Ces éléments naissent de la moelle, s'en éloignent : ce sont des nerfs centrifuges ou moteurs.

Mais chaque racine est double. L'excitation de la racine antérieure seule détermine la vaso-dilatation. Ces vaso-dilatateurs rentrent donc dans la loi établie par Magendie; ils sortent de la moelle par la même voie que tous les autres nerfs centrifuges.

3° On met à nu les rameaux communiquant qui vont des deuxième, troisième, quatrième et cinquième nerfs dorsaux à la chaîne du sympathique; on les coupe et l'on excite le bout qui remonte dans le sympathique du côté de la tête. Même résultat : vaso-dilatation de la région bucco-faciale.

Les nerfs vaso-dilatateurs suivent donc la voie du sympathique pour aller à leur destination; il restait à les accompagner dans les rameaux que ce nerf envoie du côté de la face. Or,

4° L'excitation les manifeste dans les deux branches de l'anneau de Vieussens.

5° De là, on peut les suivre dans le cordon cervical, en tous ses points, quelque précaution que l'on prenne pour localiser l'excitation.

Le sympathique mêle ensuite ses fibres à celles des nerfs crâniens de la face, et, en particulier, du trijumeau.

6° La comparaison des résultats obtenus par l'excitation du sympathique et celle du trijumeau montre que ce dernier reçoit du cordon cervical une notable partie des éléments dilatateurs qu'il contient. Ces nerfs moteurs d'une espèce particulière nous étant connus dans tout leur trajet, nous essayons de les mettre en jeu par un excitant moins artificiel que l'électricité.

---

reléguées simplement au rez-de-chaussée et composées en plus petit texte, sont simplement intercalées dans le texte, en caractères semblables à celui-ci, dont ils ne diffèrent que par les crochets [ ] qui les limitent.

Les *Leçons sur la syphilis* sont un peu plus respectées sous le rapport du texte, mais non sous celui des figures. Toutefois, on y trouve encore de longues intercalations.

Cette falsification d'auteurs étrangers, par les Américains, n'est malheureusement pas rare, et date de très longtemps; la presse des Etats-Unis commence à s'élever contre cette manière de faire, mais je crains que ses efforts ne soient pas de sitôt couronnés de succès.

***

Vous savez du reste, chers lecteurs, que la presse américaine est avant tout, comme la presse anglaise en général, un instrument de commerce, et qu'elle a fort à faire encore avant d'arriver à une moralité à peu près parfaite. Si la perfection n'est pas de ce monde, elle est encore bien moins l'apanage de la presse : tout le monde le dit et nul n'en doute. Or, comment voulez-vous entrevoir, dans un avenir même aussi lointain que vous vous l'imaginerez, la perfection de journaux qui insèrent au point le plus apparent de leurs colonnes une annonce comme la suivante :

Traitement de la STÉRILITÉ *et des* MALADIES DES FEMMES. Mme Z... ou docteur X..., de la Faculté de ce que vous voudrez. PILULES DÉPURATIVES contre la constipation, les vapeurs, les aigreurs d'estomac, les digestions difficiles, etc. — N. B. — Il faut en interdire rigoureusement l'usage aux femmes enceintes, sous peine de déterminer l'avortement.

Un dollar la boîte!

Ce n'est pas plus malin que cela. Ne vous étonnez plus quand vous entendrez dire que les avortements sont fréquents aux Etats-Unis, mais gardez-vous d'en accuser les médecins et les sages-femmes! Ils les interdisent,...., mais en donnant la formule pour les éviter.

SIMPLISSIME.

7° Le sang, devenu asphyxique par la privation d'oxygène, est un excitant énergique du système nerveux, et principalement des centres encéphalo-rachidiens. Il provoque à l'activité les deux catégories de nerfs vasomoteurs, et engendre des effets différents dans les différentes régions, suivant celle des catégories qui prédomine sur l'autre.

Pour la région bucco-faciale, l'effet de l'asphyxie est la congestion. Si, d'un côté seulement, on interrompt la continuité du sympathique, la congestion est moindre, quelquefois nulle. La dilatation vasculaire asphyxique reconnaît donc pour un de ses facteurs importants le nerf que nous avons coupé, le sympathique.

L'entrée en fonction de ces nerfs peut avoir pour cause initiale une excitation née sur place dans les centres ou venue de la périphérie. C'est ce dernier cas qui est le plus ordinaire; autrement dit, le mouvement que ces nerfs commandent est réflexe.

De quelles régions de la périphérie vient l'excitation? Par quels nerfs sensitifs est-elle surtout apportée aux centres des vaso-dilatateurs buccaux?

Les expériences suivantes répondent à ces questions :

1° L'excitation du bout central du vague, isolé du sympathique dans la région inférieure du cou, provoque une vaso-dilatation primitive et bilatérale;

2° La vaso dilatation cesse ou diminue considérablement du côté où le sympathique à été préalablement coupé;

3° La vaso-dilatation cesse de se produire des deux côtés, si l'animal est chloroformé jusqu'à résolution ou si la moelle cervicale a été coupée dans un point quelconque de son étendue;

4° La vaso-dilatation est surtout considérable quand on excite le nerf laryngé supérieur ou le tronc du vague jusqu'à la naissance des rameaux pulmonaires; elle est à peu près nulle quand l'excitation porte au-dessous de ce point ou bien sur les rameaux cardiaques.

Les nerfs sensitifs viscéraux qui gouvernent ce réflexe proviennent donc surtout des organes de la respiration.

5° L'excitation du bout central du nerf sciatique produit aussi la congestion bucco-faciale. L'excitation du nerf tibial et vraisemblablement des autres nerfs cutanés, a aussi le même résultat.

6° Après la section du cordon cervical sympathique, l'excitation réflexe et l'excitation asphyxique du centre déterminent encore un certain degré de vaso-dilatation bucco-faciale.

Lorsque la section a été faite depuis un temps supérieur à celui qui est nécessaire pour la dégénérescence des nerfs, l'excitation du nerf maxillaire supérieur a encore pour effet la congestion amoindrie de la lèvre correspondante. Il faut conclure que tous les vaso-dilatateurs de ces régions ne sont pas contenus dans le cordon cervical.

Il en est des vaso-dilatateurs buccaux comme des nerfs dilatateurs de la pupille, qui ont avec eux beaucoup d'analogie et qui ne sont que partiellement contenus dans le cordon cervical. »

M. Bouley présente une note de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, ayant pour titre : *Moyen de conférer artificiellement l'immunité contre le charbon symptomatique ou bactérien avec du virus atténué.*

« Nous sommes parvenus à conférer l'immunité contre le charbon symptomatique par l'inoculation du virus naturel dans les veines et dans les voies trachéo-bronchiques. L'injection intra-veineuse a même été appliquée sur une large échelle, et son efficacité contrôlée. Aujourd'hui nous désirons appeler l'attention de l'Académie sur un moyen d'atteindre le même résultat en injectant sous la peau du virus dont l'activité est atténuée.

A. Le procédé d'atténuation que nous avons réglé et appliqué nous a été inspiré par les travaux de M. Toussaint sur la bactéridie du sang de rate, travaux qui viennent d'être repris avec le plus grand succès par notre maître, M. Chauveau. Effectivement, il consiste à faire agir la chaleur sur la sérosité virulente extraite des tumeurs charbonneuses; seulement, cette sérosité est desséchée préalablement à la température de 32°, dans un courant d'air qui permet d'obtenir la dessiccation avant l'arrivée de la putréfaction.

Une longue série d'expériences nous a démontré qu'en triturant une certaine quantité de virus desséché, dans les conditions indiquées ci-dessus, avec deux fois son poids d'eau, de façon à hydrater également toutes les parcelles, et en portant ces mélanges dans une étuve chauffée depuis + 85° à + 100°, où on les maintient pendant six heures, on obtient une série de virus atténués à des degrés divers. Il est important de n'atténuer qu'une petite quantité de virus à la fois et de régler le chauffage de l'étuve de telle sorte que sa température initiale soit rétablie moins de deux heures après l'introduction du virus.

B. Lorsqu'on veut employer les virus atténués par ce procédé, il faut établir parmi eux un choix basé sur leur activité et la susceptibilité spécifique ou individuelle des sujets sur les-

quels on désire les essayer, et fixer la dose pour un sujet d'après cette dernière considération. La dose exerce, en effet, une grande influence sur les résultats : telle dose donne une maladie légère et vaccine ; une dose plus forte détermine une tumeur mortelle dans laquelle les microbes reconquièrent toute leur activité.

Après tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à la pratique suivante : faire deux inoculations à six ou huit jours d'intervalle, la première avec du virus atténué par la température de 100°, la seconde avec du virus atténué par + 85°. On s'exposerait à des mécomptes si l'on employait d'emblée, même sur le bœuf, le virus le moins atténué. Lorsqu'on opère sur le mouton, on prend 0 gr. 01 de chaque virus à l'état sec ; si l'on opère sur le bœuf, 0 gr. 02 ou 0 gr. 03, selon la taille. On associe ces doses à cent fois leur poids d'eau et on les écrase dans un mortier jusqu'à ce que l'on obtienne une pulpe apte à être injectée sous la peau, à l'aide d'une seringue à canule piquante. Jusqu'à présent, nous avons poussé ces injections sous la peau de la face latérale de l'encolure ou de la face interne de la cuisse. Les vaccinés seront éprouvés quinze jours après la seconde inoculation avec 5 ou 6 gouttes de sérosité extraite fraîchement d'une tumeur et délayée, pour plus de facilité, dans 1cc d'eau.

C. Présentement, nous avons employé les virus atténués sur trois séries d'animaux, savoir : un lot composé de trois moutons, un autre de trois veaux, et un troisième comprenant une génisse de 18 à 20 mois et une vache de 4 ans. Les inoculations ont déterminé sur les bovidés une légère tuméfaction locale, qui a disparue graduellement ; sur les moutons, un gonflement plus considérable. La première inoculation a provoqué une élévation de température de 0°,2 à 0°,7° ; la seconde, une hyperthermie de 0°,5 à 1° ; quelquefois, l'élévation la plus considérable s'est présentée après la première inoculation. Tous ces animaux furent vaccinés avec succès ; car, inoculés en même temps que des sujets témoins, avec du virus naturel, ils présentèrent des accidents légers ou insignifiants, tandis que les suites de l'inoculation furent graves et presque toujours mortelles sur les témoins.

Nous ferons remarquer la grande résistance du microbe du charbon symptomatique à la chaleur, après une première dessiccation graduelle à la température de 32°. Nous avions observé dans les mêmes conditions une résistance analogue à l'action des antiseptiques. Il est bon de noter en même temps que les sérosités virulentes renferment surtout des bâtonnets sporulés et que le nombre de ceux-ci augmente de beaucoup pendant la durée de la première opération, de sorte que la chaleur agit sur un virus très riche en spores. Ces observations nous ont servi d'idée directrice dans les recherches qui ont abouti au procédé d'atténuation qui vient d'être exposé. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle, tenue le 1er août 1882. — Présidence de M. Legouest.

PRIX DE 1881.

Prix et médailles accordés à MM. les Médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1880.

L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs à partager entre :*

M. le docteur Géraud (Louis), médecin aide-major de première classe, au 31e régiment d'artillerie, au Mans (Sarthe). Travail important sur la Vaccination et la revaccination obligatoires en Allemagne et en France.

A déjà obtenu deux médailles d'or, l'une en 1876, l'autre en 1878.

M. le docteur Perret (Félix), de Rennes (Ille-et-Vilaine), professeur à l'École de médecine, médecin de la Maternité, conservateur du vaccin. A, depuis six ou sept ans, entretenu à Rennes, tous les samedis, un service permanent de vaccination.

Le très court mémoire qu'il a encore adressé cette année à l'Académie est plein de faits intéressants, qui suggèrent à notre distingué confrère des réflexions on ne peut plus judicieuses.

A déjà obtenu une médaille d'or en 1877.

M. le docteur Weill (Jacob), médecin-major de 1re classe au 3e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne (Marne). Pour son mémoire intitulé : *Considérations pratiques sur les revaccinations*, dans lequel il montre qu'on peut utiliser le vaccin d'adultes *vaccinés ou revaccinés avec succès*. Ce travail fait suite à un autre, sur le même sujet, adressé à l'Académie l'année précédente.

RAPPELS

M. le docteur Antony, médecin aide-major de 1re classe au 25e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne (Marne). — Prix de 500 francs en 1879.

Mme Subra, veuve Borie, sage-femme à Alger, pour la persistance de son soin à propager la vaccine. — Prix 500 francs en 1877.

2° *Des médailles d'or à :*

M. le docteur Aubert, médecin major de 2e classe au 28e régiment d'infanterie. Pour son compte rendu des Vaccinations et revaccinations faites au 70e et 28e régiments de ligne.

Recommande dans l'ordre suivant les différentes sources de vaccin :

1° Le vaccin d'enfant;

2° Le vaccin d'adulte;

3° Le vaccin de génisse.

M. le docteur Boivin, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement. Pour son intéressant rapport et pour le dévouement dont il fait preuve dans les fonctions gratuites qu'il remplit si honorablement.

Envoie chaque année un rapport semblable.

M. le docteur Longet (E.), médecin major de 1re classe au 93e régiment d'infanterie, à la Roche-sur-Yon (Vendée). Pour son travail sur les résultats comparatifs des vaccinations et des revaccinations au moyen du vaccin de génisse et du vaccin humain. Documents précieux pour juger la valeur relative des différents modes de revaccination.

M. le docteur Schmit, médecin major de 1re classe au 64e de ligne. Pour son mémoire intitulé : *Nouvelles considérations sur les revaccinations faites en* 1880-81. Ce travail fait suite à un autre sur le même sujet adressé l'année précédente à l'Académie.

A surtout pour but l'utilisation du vaccin d'adulte.

3° D'accorder les cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie.

(Nous publierons, dans un prochain numéro, les sujets des prix proposés pour l'année 1883.)

BIBLIOTHÈQUE

LES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT DE DANTZIG, BERLIN, BRESLAU, par M. DURAND-CLAYE, ingénieur des ponts et chaussées et de la ville de Paris. — Paris, G. Masson, 1881.

On connait les travaux dont M. Durand-Claye a été le créateur dans la plaine de Gennevilliers, ses projets pour conduire les eaux d'égouts de Paris dans la forêt de Saint-Germain, et pour les utiliser à des irrigations. La cause dont l'éminent ingénieur des ponts et chaussées est l'avocat autorisé, est loin d'être gagnée auprès de tous les hygiénistes, mais la lecture du mémoire actuel apportera certainement la conviction dans les esprits hésitants, mais de bonne foi, et réfutera des objections alléguées par les adversaires des projets de la ville de Paris.

Au point de vue de la santé publique, les travaux d'assainissement de Dantzig, qui avaient un but analogue à ceux dont M. Durand-Claye a démontré l'urgence pour Paris, ont eu pour résultats immédiats une diminution considérable de la mortalité qui, de 36,59 pour 1,000 en 1869, est tombée à 28,59 de 1872 à 1879, après l'achèvement du réseau des égouts, des canaux d'irrigation et des distributions d'eau. La projection des matières fécales à l'égout est directe et ce n'est que depuis cette époque que l'amélioration a été considérable.

A Berlin, l'assainissement avait pour principes : la suppression des fosses d'aisances, l'évacuation des matières fécales à l'égout et l'épuration de ces eaux par les irrigations. Les travaux n'ont exigé que six années pour arriver à l'état actuel. A Breslau, les mêmes travaux ont été entrepris, de sorte qu'aujourd'hui, en Allemagne, on considère comme acquis à l'hygiène publique, le principe de l'écoulement total des vidanges à l'égout, la nécessité d'une abondante distribution d'eau dans les habitations et de l'épuration des eaux d'égout par le sol. Ces exemples sont un argument puissant en faveur des projets d'assainissement de la ville de Paris dont M. Durand-Claye poursuit avec persévérance la réalisation.

L'amélioration de la santé publique dépend donc de la solution de ces questions, et il serait à désirer qu'on puisse, dans notre pays, répéter des pouvoirs publics ce qu'un ingénieur

allemand, M. Hobrecht, disait à l'auteur du livre actuel : « La ville de Berlin ne nous refuse « jamais l'argent nécessaire, lorsqu'il s'agit de salubrité et d'assainissement. » — Ch. E.

COURRIER

Nécrologie. — M. le docteur Pidoux, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, ancien médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, commandeur de la Légion d'honneur, est mort le 2 août aux Mureaux, près Meulan (Seine-et-Oise), dans sa 74e année. — Ses obsèques auront lieu le samedi 5 août, à 11 heures, à l'église Sainte-Clotilde.

Concours. — Le concours pour la nomition à deux places de médecin du Bureau central s'est terminé mardi soir par la nomination de MM. Tapret et Barth.

Le concours a été des plus remarquables et les deux candidats suivants, MM. Letulle et Chauffard, sont arrivés *ex æquo* avec le même nombre de points.

Faculté de médecine de Paris. — Les concours du clinicat médical et du clinicat chirurgical viennent de se terminer. Sont nommés dans l'ordre suivant :

Clinicat médical. — Chefs de clinique titulaires : 1er M. le docteur Brissaud ; 2e M. le docteur Gaucher ; chefs de clinique adjoints : 1er M. le docteur Faisans ; 2e M. le docteur Juhel-Renoy.

Clinicat chirurgical. — Chefs de clinique titulaires : 1er M. le docteur Paul Second ; 2e M. le docteur Bazy ; chefs de clinique adjoints : 1er M. le docteur Petit (Charles) ; 2e M. le docteur Jullien.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours pour les rix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie, des hôpitaux et hospices t la nomination aux places d'élèves internes (année 1882).

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 9 octobre, à midi précis dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des Élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 septembre inclusivement.

— Concours pour la nomination aux places d'élèves externes, en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1883 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 10 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au jeudi 28 du même mois inclusivement.

Clinique médicale. — Le docteur L. Landouzy, agrégé, suppléant le professeur Hardy à la Charité, commencera le 8 août des conférences de clinique qu'il continuera le samedi et le mardi de chaque semaine à 10 heures. Visite tous les jours à 9 heures.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDES SUR QUELQUES TROUBLES DE LA MALADIE DE BRIGHT;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 mai 1882,

Par M. DIEULAFOY, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

1° DE LA POLLAKIURIE BRIGHTIQUE.

Au nombre des troubles urinaires qu'on rencontre dans la maladie de Bright, il en est un sur lequel je désire appeler plus spécialement l'attention; ce trouble urinaire est constitué par une fréquence parfois excessive des mictions. On voit des gens atteints de néphrite chronique qui urinent jusqu'à dix et douze fois par nuit, ce qui est une cause d'insomnie; j'en ai observé qui urinaient quinze et vingt fois par vingt-quatre heures, et j'ai eu dans mon service deux femmes chez lesquelles les envies d'uriner se reproduisaient à chaque instant.

Je m'empresse de faire remarquer que cette fréquence extrême de la miction n'est pas due à une abondance exagérée des urines. Il y a des maladies, la glycosurie par exemple, et le diabète insipide, où les malades urinent souvent parce qu'ils sécrètent une grande quantité d'urine; il y a également des cas dans la maladie de Bright, où la sécrétion urinaire est assez notablement accrue pour motiver des mictions assez fréquentes, mais je laisse ces cas de côté, et je ne m'occupe que des observations où la fréquence des mictions est indépendante de la sécrétion urinaire, et coïncide tantôt avec des urines abondantes, tantôt avec des urines qui descendent fort au-dessous de la moyenne, et qui n'atteignent même pas quelques centaines de grammes en vingt-quatre heures.

Il y a donc dans la maladie de Bright deux troubles urinaires distincts et indépendants; l'un dont je n'ai pas à m'occuper ici est un trouble de sécrétion, la polyurie; l'autre que je vais essayer de mettre en relief est un trouble d'excrétion caractérisé par les envies fréquentes d'uriner.

Bien que ces deux troubles urinaires aient été parfaitement dissociés par la plupart des auteurs contemporains (Jaccoud (1), Lecorché (2), Rosenstein (3), on les confond trop souvent, et on les englobe habituellement sous la dénomination de polyurie, ce qui est mauvais, puisque la polyurie ne s'adresse qu'à un trouble de sécrétion. La confusion vient donc de ce que nous n'avons qu'un seul mot, la polyurie, pour désigner ces différents symptômes. Or, la fréquence des mictions constitue, je le répète, un symptôme indépendant, ayant sa valeur et son importance, il est donc nécessaire de lui donner un nom qui assure son autonomie, et je propose la dénomination de *pollakiurie* (de ϖολλακις souvent). La polyurie servira donc à désigner l'abondance de la sécrétion, et la pollakiurie sera réservée à la fréquence des mictions.

La pollakiurie brightique peut être *précoce* ou *tardive*; dans quelque cas, elle est douloureuse; étudions ces différentes variétés.

(1) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 417.

(2) Lecorché. *Traité des maladies des reins*, p. 387.

(3) Rosenstein. *Traité des maladies des reins*, traduction de MM. Bottentuit et Labadie-Lagrave. Paris, 1874.

A. La pollakiurie précoce est celle qui accompagne les premiers symptômes du mal de Bright; elle est associée ou non aux épistaxis, à la céphalalgie, à l'albuminurie, aux accès d'oppression, à la polyurie, aux crampes douloureuses, aux battements de cœur, à l'apparition des œdèmes, aux troubles de l'ouïe et de la vue; autant de symptômes qui peuvent apparaître, isolés ou associés, à une époque quelconque de l'évolution brightique.

Voici une observation de pollakiurie précoce.

M. V..., âgé de 28 ans, se plaint de violentes céphalalgies; depuis deux mois, il a de légères épistaxis, le matin en se levant, il mouche une petite quantité de sang. Il a remarqué que depuis plusieurs semaines, il est pris de fréquentes envies d'uriner, bien que la quantité des urines ne soit pas accrue; il se lève quatre et cinq fois par nuit, lui à qui cela n'arrivait jamais. En cherchant bien dans ses souvenirs, il se rappelle avoir traversé une phase analogue il y a deux ans. A cette époque, il avait eu également de petites épistaxis et de la pollakiurie. En reconstituant son observation, on finit par se convaincre que sa maladie remonte au moins à deux ans. Depuis cette époque, il a eu par intervalles des douleurs lombaires qu'il prenait pour du lombago, des céphalalgies qu'il appelait des migraines, des troubles auditifs passagers, des accès d'oppression qu'on avait pris pour de l'asthme, mais comme ces symptômes avaient peu de durée et peu d'intensité, il ne s'en était pas autrement préoccupé. Ce qui le gêne le plus, actuellement, c'est la pollakiurie; il n'a pas de polyurie, et l'urine ne contient que 30 centigrammes d'albumine par litre.

Dans quelque cas, la pollakiurie précoce apparaît comme un symptôme isolé, comme un signe avant-coureur de la maladie de Bright; cependant, en cherchant bien, on finit par grouper autour de ce symptôme, d'autres symptômes parfois très peu accusés, mais qui suffisent pour permettre d'affirmer un début de maladie de Bright. Voici une observation où ce genre de pollakiurie est bien mis en évidence.

Mme D..., âgée de 52 ans, se plaint depuis six mois d'envies fréquentes d'uriner; par moment, les mictions deviennent si fréquentes, la nuit surtout, que Mme D... se lève huit et dix fois la nuit pour uriner, et chaque fois en très petite quantité. La totalité des urines recueillies en vingt-quatre heures ne dépasse pas 1,200 grammes. Il y a donc pollakiurie sans polyurie. L'analyse des urines que je donnerai plus loin en détail, ne décèle que quelques traces d'albumine. Le symptôme de la pollakiurie est tellement dominant, qu'il apparaît comme le signe unique d'une maladie de Bright commençante. Mais en interrogeant avec soin la malade, on voit qu'elle a eu à plusieurs reprises des bourdonnements d'oreille, et l'ouïe du côté gauche est notablement affaiblie; elle a eu de légères épistaxis, des crampes dans les jambes et de fréquentes démangeaisons dc bras et de la main gauche. A l'auscultation du cœur, on trouve un léger bruit de galop.

Voici deux analyses des urines faites à neuf mois de distance par M. Yvon.

	Analyse du 6 août.	Analyse du 31 mai.
Aspect..........	transparent.	léger nuage qui tombe au fond du vase.
Réaction	peu acide.......	peu acide.
Densité.........	1020	1019.
Urée	24,36..........	17,67.
Sucre...........	zéro.	zéro.
Albumine.......	traces indosables.	0,18 centigrammes par litre.

B. *Pollakiurie tardive.* — Dans certains cas, la pollakiurie apparaît non plus au début de la maladie de Bright, mais à une époque plus ou moins éloignée du début; en voici une observation :

Mme G... a été atteinte, au mois de décembre 1879, d'une scarlatine grave accompagnée de néphrite et d'albuminurie. M. le docteur Weber, qui a soigné Mme G... pendant sa fièvre scarlatine à Amélie-les-Bains, a plusieurs fois pratiqué le dosage

de l'albumine et a eu l'extrême obligeance de me faire parvenir en détail la première partie de cette observation.

Après une période aiguë caractérisée par l'anasarque, l'albuminurie, les accès d'oppression, etc., Mme G.., éprouve une notable amélioration, et, pendant trois mois, elle voyage se croyant complètement guérie. Mais bientôt à la poussée aiguë du début succède une phase chronique à marche insidieuse et latente. Arrivée à Paris au mois de mars, Mme G... est prise d'envies si fréquentes d'uriner qu'elle se lève la nuit douze et quinze fois, ce qui provoque une véritable insomnie. La sécrétion urinaire est au-dessous de la moyenne.

La malade se plaint de vives douleurs dans la région lombaire gauche, d'engourdissement et de fourmillements au bout des doigts, de nausées, de céphalalgie. Pendant deux jours, je constate un œdème *localisé* au pied, à la jambe et à la région lombaire du côté gauche.

L'analyse des urines faite par M. Yvon donne le résultat suivant :

Aspect	trouble.
Réaction	très acide.
Densité.	1028.
Urée	21,66.
Sucre.	zéro.
Albumine	traces.

Le régime lacté est très mal toléré, la malade prend à peine un litre de lait par jour; le nombre des mictions est toujours très élevé, et la sécrétion urinaire est abaissée au point qu'il n'y a pas un demi-litre d'urine en vingt-quatre heures.

Sur ces entrefaites éclatent des accidents nerveux fort graves; la sécrétion urinaire est complètement supprimée, la céphalalgie est violente et accompagnée de somnolence et de torpeur.

Je n'insiste pas sur les autres particularités de cette observation, je voulais seulement mettre en évidence le symptôme pollakiurie, et faire voir qu'il a coïncidé dans ce cas avec un abaissement graduel de la quantité des urines.

C. *Pollakiurie douloureuse.* — Chez certains malades, principalement chez la femme, la pollakiurie est douloureuse. Deux des malades de mon service ont présenté cette particularité. L'une qui a succombé aux progrès de sa maladie était à la fois phthisique et brightique; l'autopsie a révélé les lésions d'une néphrite mixte. L'autre est actuellement en observation. Chez ces malades, la pollakiurie était excessive; les envies d'uriner se succédaient coup sur coup un grand nombre de fois, et ce symptôme s'était produit dès les premières périodes de la néphrite. La quantité d'urine rendue à chaque miction était fort minime, une cuillerée tout au plus, et, à chaque miction, la douleur survenait non pas au moment de l'émission de l'urine, mais aussitôt la miction terminée. Cette douleur était très vive et avait tous les caractères d'un spasme; c'était probablement un ténesme douloureux du col de la vessie, un état spasmodique du sphincter. La douleur se propageait généralement quelques minutes et reparaissait après chacune des mictions suivantes.

Les quelques observations dont je viens de donner le résumé prouvent que la polyurie et la pollakiurie sont des troubles urinaires indépendants; l'un, la polyurie, est un trouble de sécrétion et regarde le rein; l'autre, la pollakiurie, est un trouble d'excrétion et regarde la vessie. Il est même remarquable que, dans bon nombre de cas, le trouble d'excrétion précède le trouble de sécrétion, et les envies fréquentes d'uriner peuvent apparaître longtemps avant l'exagération de la quantité des urines.

La pollakiurie est due à une excitabilité exagérée du plan musculaire de la vessie. Quand les muscles du corps de la vessie sont seuls en cause, la pollakiurie se présente, précoce ou tardive, avec des envies plus ou moins fréquentes et plus ou moins impérieuses d'uriner; quand le sphincter vésical est atteint, l'émission de l'urine est souvent suivie de spasme plus ou moins prolongé, qui rend la pollakiurie douloureuse.

Quant à savoir quelle est la cause qui agit ainsi sur l'appareil excréteur de l'urine, dans une maladie où l'appareil sécréteur semble seul atteint, c'est là une réponse que je ne saurais faire. Faut-il incriminer les modifications qui surviennent dans la composition de l'urine? Je ne le pense pas, car le symptôme pollakiurie survient souvent au début de la maladie, alors que l'examen des urines ne décèle rien d'anormal. Faut-il invoquer une action réflexe qui, partie du rein, aboutirait à la vessie ? C'est possible, mais rien ne le prouve, et du reste les symptômes vésicaux apparaissent souvent à une époque où les lésions du rein sont encore bien peu apparentes.

Du reste, cette indécision que nous éprouvons à expliquer les troubles vésicaux de la maladie de Bright ne doit pas nous surprendre; car la même indécision, la même difficulté règne à propos des troubles des autres organes, qu'il s'agisse du cœur, du foie et des œdèmes. Mais bien que la pathogénie soit encore loin d'être élucidée, l'étude clinique n'en est pas moins intéressante. En effet, en face d'un malade atteint de pollakiurie, et chez lequel on ne trouve aucune des lésions habituelles qui provoquent les envies fréquentes d'uriner (calcul, cystite, hypertrophie de la prostate, tuberculisation prostato-vésicale) (Guyon), on doit penser à un début possible du mal de Bright. Et en interrogeant avec soin le malade, il est rare qu'à côté de ce symptôme on n'en puisse placer d'autres, seraient-ils à l'état d'ébauche, mais suffisants pour affirmer le diagnostic.

2° Démangeaisons chez les brightiques.

Je vais actuellement étudier un autre symptôme de la maladie de Bright; celui-ci est à peine signalé par les auteurs; plusieurs ne le mentionnent même pas, ce qui a lieu de surprendre, car ce symptôme m'a paru exister, surtout chez les femmes, dans un tiers des cas environ. Je veux parler des *démangeaisons*.

Je classerai ces démangeaisons en trois variétés, car elles présentent quelques caractères différents, ainsi qu'on va le voir.

Dans une première variété, les malades accusent des démangeaisons qui ne diffèrent pas du prurit ordinaire. Ils éprouvent des démangeaisons plus ou moins violentes sur différentes parties du corps; ce prurit acquiert parfois une telle intensité qu'il prive les malades de tout repos; les malades racontent « qu'ils se grattent jusqu'au sang, qu'ils se grattent à s'enlever la peau ». M. Labadie-Lagrave, dans l'article *Rein* du Dictionnaire, parle de faits analogues observés par M. Peter. J'en ai recueilli plusieurs observations dont voici les traits principaux :

Chez une malade atteinte de néphrite probablement parenchymateuse, et actuellement envahie par les œdèmes, les démangeaisons ont apparu, il y a un an, comme symptôme initial. Le prurit était tel, qu'au risque d'être inconvenante, Mme X... se détournait et se grattait les jambes, malgré les observations fréquentes qu'on lui faisait dans sa famille. Les démangeaisons reparaissaient par instants, pendant une période de plusieurs semaines; depuis cette époque, elles ont disparu.

Une des malades de mon service, domestique, a été prise de démangeaisons dès les premières atteintes de la maladie de Bright. Chez elle, le prurit occupait surtout l'épaule et le bras gauche et le besoin de se gratter était si impérieux, qu'étant en train de servir à table, il lui est souvent arrivé de se dérober un instant pour aller se gratter. Ces démangeaisons, fort tenaces, ont duré pendant six mois ; elles reparaissent encore par moments, mais beaucoup moins vives.

La cause de ce prurit me paraît inconnue; la peau ne présente aucune trace d'éruption ; il n'y a ni anesthésie ni hyperesthésie. Rosenstein, qui signale le symptôme, le met sur le compte de l'urémie. Cette explication est bien insuffisante et ne fait qu'éloigner le problème sans le résoudre. On a supposé que l'excrétion de l'urée par la peau était la cause du prurit brightique ; c'est possible, mais j'ai assisté à de véritables sueurs d'urée sans démangeaisons.

Dans une seconde variété, il ne s'agit plus de prurit intense ; la démangeaison revêtait une forme particulière que les malades expliquent en se servant de compa-

raisons identiques. Je donnais des soins, l'an dernier, à une dame d'origine havanaise, atteinte du mal de Bright, et plusieurs fois elle avait demandé, devant moi, aux personnes de sa famille qui l'entouraient, de rechercher des cheveux qui devaient être tombés sur le cou et sur la poitrine et qui lui occasionnaient des démangeaisons insupportables. Souvent on avait recherché le cheveu, cause supposée de ce chatouillement, et jamais on ne l'avait trouvé. Pendant plusieurs jours, et à plusieurs reprises, j'ai été témoin de cette sensation spéciale de démangeaison dont se plaignait la malade.

Une femme, qui est actuellement dans mon service et qui est atteinte depuis trois ans de maladie de Bright, m'a raconté des faits identiques. A plusieurs reprises elle a eu la sensation du *cheveu* et des chatouillements localisés au cou et à la poitrine. Elle raconte qu'il lui est arrivé souvent d'ouvrir son corsage et sa chemise et de rechercher ce cheveu qui lui occasionnait de si désagréables démangeaisons. Mais le cheveu n'existait pas.

Une autre malade de mon service dont j'ai déjà parlé et dont l'autopsie a été faite récemment, avait éprouvé les mêmes sensations, et nous racontait, sans même que nous lui ayions posé la question, qu'elle avait eu à plusieurs reprises, entre les épaules, la sensation de démangeaisons tenaces qu'elle comparait au chatouillement provoqué par un cheveu. Elle aussi s'était plusieurs fois déshabillée pour rechercher le cheveu qui n'existait pas.

Une troisième variété de démangeaisons est celle que les malades comparent à la sensation de chatouillement provoqué par un insecte, aux fourmillements de la fourmi. La fourmi est souvent prise comme terme de comparaison. Les malades racontent qu'ils ont plusieurs fois enlevé leurs bas croyant y trouver une fourmi. Une femme qui portait des bas brodés à jour, les avait abandonnés pour prendre des bas plus épais croyant que les premiers laissaient passer des insectes ou des fourmis.

Telles sont les différentes variétés de démangeaisons qu'on observe dans le mal de Bright; elles m'ont paru plus fréquentes chez la femme que chez l'homme; elles apparaissent à toutes les périodes de la maladie; plus souvent peut-être dans les premières phases, parfois mêmes elles se présentent comme symptômes de début; associées à d'autres symptômes, elles peuvent servir comme élément de diagnostic.

3° Sensation du doigt mort.

Le symptôme dont je vais maintenant m'occuper n'a été je crois signalé par aucun auteur; c'est la sensation du *doigt mort*, sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on a plongé les doigts dans la neige ou quand on a exposé ses mains à un froid vif.

Les malades accusent des fourmillements, des sensations douloureuses, sensations de crampe dans les doigts, et parfois l'extrémité des doigts devient exsangue, pâle, insensible. Cet état dure quelques minutes, un quart d'heure, une demiheure et revient par accès.

Ce symptôme atteint les doigts des mains et rarement les orteils; il se localise tantôt dans un doigt, tantôt dans un autre; parfois il y a symétrie; rarement tous les doigts de la main sont atteints.

Les fourmillements des doigts, accompagnés ou non de la sensation de doigt mort appartiennent à toutes les époques de la maladie de Bright; je les ai notés comme symptômes du début, alors que les autres troubles étaient encore nuls ou peu accusés. Ce signe a donc une importance réelle au point de vue du diagnostic de la maladie au début. J'ai recueilli un certain nombre d'observations ayant trait à ce symptôme, elles sont consignées dans la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Alibert (1). Je me demande si l'on ne pourrait pas rapprocher de ces faits un

(1) *Des néphrites*. Paris, 1880.

cas d'asphyxie des extrémités observé par M. Debove dans le cours d'un mal de Bright.

Réflexions. — L'étude des symptômes que je viens d'exposer, n'est pas seulement un travail de séméiotique, il a un autre but. Depuis longtemps mon attention a été appelée sur les différents modes d'évolution de la maladie de Bright. A part quelques exceptions, où l'origine et le début de la maladie sont nettement indiqués, dans la scarlatine par exemple, et dans certaines néphrites épithéliales aiguës, à part ces exceptions, il m'a semblé que, dans un grand nombre de cas, la maladie de Bright a un début dont il est bien difficile de préciser l'époque et une origine dont la pathogénie est encore entourée d'obscurité.

En 1827, à l'époque où Bright écrivit son mémoire, il fallut tout son grand talent d'observation pour créer l'entité morbide qui porte son nom. Cette entité était basée cliniquement sur la présence d'œdèmes accompagnés d'urines coagulables. Mais ces grands symptômes sont souvent tardifs et ne surviennent qu'à une époque plus ou moins éloignée d'un début insidieux. Plusieurs fois j'ai acquis la conviction que des cas qu'on avait regardés comme des néphrites à début brusque et à marche rapide, n'étaient que des néphrites à évolution lente, dans le cours desquelles était survenu un épisode aigu. Un individu jusque-là bien portant, ou du moins qui se considérait comme tel, vient nous consulter pour des troubles qui datent de quelques jours ou de quelques semaines; il a été pris de douleurs lombaires, il a eu des accès d'oppression, sa face est actuellement bouffie, ses pieds sont légèrement œdématiés, et les urines contiennent une faible proportion d'albumine. Il semble, au premier abord, que ce soit là un cas de néphrite aiguë datant de quelques semaines, mais si on poursuit l'enquête dans ses plus minutieux détails, si on recherche les *symptômes qui ont précédé cet épisode aigu*, on apprend que depuis un an le malade avait des céphalées qu'il qualifiait de migraine, depuis longtemps déjà, et à plusieurs reprises il avait eu de la pollakiurie, des palpitations, il mouchait du sang le matin au réveil; à diverses reprises il s'était aperçu de bourdonnements d'oreille et d'affaiblissement de l'ouïe, de démangeaisons, et on arrive parfois à reconstituer la maladie qui évoluait lentement depuis plusieurs années, au moment où les grands symptômes ont fait leur apparition.

Nous n'en sommes plus, par conséquent, à attendre les œdèmes et l'albuminurie pour faire le diagnostic de la maladie de Bright. Les œdèmes dans certaines néphrites sont lents à apparaître, et l'albuminurie peut faire défaut pendant longtemps ou disparaître par intermittences, sans toutefois que ces deux grands symptômes aient rien perdu de leur valeur. Mais, pour arriver au diagnostic et pour dépister la maladie, alors qu'on manque de ces éléments essentiels, on ne saurait trop rechercher les autres symptômes. Dans un cas douteux, tel bruit de galop (Potain) enlève toute incertitude au diagnostic. En étudiant, il y a quelques années, les troubles auditifs du mal de Bright, j'ai essayé d'apporter un faible tribut à la description de la maladie qui nous occupe. C'est dans ce but que je viens d'esquisser l'histoire de trois autres symptômes qui m'ont paru intéressants. Peut-être en ressortira-il plus tard un intérêt tout pratique, car le traitement aura d'autant plus d'efficacité qu'il sera fait à une époque plus rapprochée du début.

CHUTE SPONTANÉE DE L'ONGLE DES GROS ORTEILS CHEZ UN MALADE NON ATAXIQUE;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 12 mai 1882,

Par A. Joffroy, agrégé, médecin du Bureau central.

Lorsque, dernièrement, je signalais la chute de l'ongle des gros orteils chez un ataxique, je pensais bien que ce cas ne devait pas rester isolé, qu'il ne s'agissait pas là d'une simple coïncidence, mais qu'entre l'affection tabétique et la chute de l'ongle il existait une relation de cause à effet. Pour établir cette relation, j'ai invoqué la spontanéité du phénomène observé, l'absence de traumatisme, l'absence de

douleur, et enfin la symétrie du symptôme, puisqu'à très peu d'intervalle on l'a observé sur les deux gros orteils. Du reste, les observations publiées par M. Pitres dans le *Progrès médical*, celle que M. Roques vient de nous communiquer à l'instant même, non-seulement nous confirment que la chute de l'ongle des gros orteils se rencontre parfois dans le cours de l'ataxie, mais semblent même indiquer qu'il ne s'agit pas là d'une rareté. Aussi, est-ce moins pour constater la concordance de ces faits que j'ai pris la parole, que pour insister sur les deux points suivants.

En premier lieu, je dirai quelques mots de la physiologie pathologique du symptôme.

Chez le malade dont j'ai rapporté l'observation (1), il s'est produit au-dessous de l'ongle une suffusion sanguine qui m'a paru agir en quelque sorte mécaniquement. Le sang épanché, en décollant l'ongle du derme subunguéal, aurait déterminé sa chute. Voilà l'explication que j'ai proposée, mais je me suis gardé de généraliser, et bien m'en a pris, car l'ecchymose subunguéale, si remarquable dans le cas que j'ai observé, ne se trouve pas signalée dans les observations de M. Pitres et il est inadmissible qu'un observateur aussi sagace ait omis de consigner ce symptôme. De là, il résulte que l'ecchymose subunguéale, étant inconstante, ne doit pas intervenir dans la théorie générale de la chute de l'ongle. Lorsque l'ecchymose se produit, elle joue le rôle de cause déterminante, mais ce n'est pas la cause première, ce n'est qu'une cause incidente, et il convient de voir dans la chute de l'ongle l'un de ces nombreux troubles trophiques qui s'observent fréquemment dans les maladies organiques du système nerveux central ou périphérique.

Or, le processus des lésions trophiques s'accompagne fréquemment de troubles vaso-moteurs, se faisant tantôt dans le sens de la constriction vasculaire, tantôt au contraire dans le sens de la dilatation. Qu'à un moment donné cette dilatation soit excessive, la rupture des parois vasculaires pourra se produire et donner naissance à une effusion sanguine. Mais, je le répète, ce n'est là qu'un incident dans l'évolution de la lésion trophique et en particulier dans la chute de l'ongle.

— En second lieu, j'attirerai l'attention de la Société sur la relation qui semblerait exister entre la chute spontanée de l'ongle des gros orteils et l'ataxie locomotrice, si l'on en jugeait par les faits publiés jusqu'à ce jour. En effet, les malades de MM. Pitres et Roques, aussi bien que celui dont j'ai rapporté l'histoire, sont des ataxiques. Mais l'ataxie locomotrice paraît avoir le privilège de n'avoir pas de symptôme lui appartenant d'une manière exclusive, et en particulier la chute de l'ongle des gros orteils s'observe dans d'autres conditions. J'en donnerai comme exemple le fait suivant intéressant à divers égards.

Il s'agit d'un homme de 44 ans, bien portant jusqu'à 42 ans et, en particulier, n'ayant pas eu la syphilis. A cette époque, il eut une grande émotion. Il vit un de ses enfants exposé à un danger de mort, fut assez heureux pour pouvoir le sauver, mais aussitôt il perdit connaissanee, eut des convulsions généralisées pendant 2 ou 3 heures, et ensuite du délire pendant 8 ou 10 heures.

A la suite de cette attaque, il ressentit de la douleur dans le pied gauche et, en conséquence, il y eut de la gêne de la marche. Mais, ce n'est qu'un an plus tard qu'il se produisit de la raideur dans le membre inférieur gauche avec équinisme du pied.

En même temps, des attaques plus ou moins sembables à la première, quoique moins violentes, se répétaient à des intervalles de un ou deux mois, et même plus fréquemment dans ces derniers temps.

En janvier 1882, on notait l'état suivant :

Le membre inférieur gauche est dans un état de tonicité musculaire tel que, par la palpation, on note une consistance plus grande des masses musculaires de ce côté que du côté opposé. Quand le malade marche, le membre se raidit et l'équi-

(1) ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE. *Chute de l'ongle des gros orteils chez un ataxique*, par M. Joffroy, 1882, t. XIV, p. 174.

nisne qui existe déjà à l'état de repos s'exagère à ce point que les orteils seuls touchent le sol, pendant que le talon en est distant de 8 à 9 centimètres.

Le reflexe patellaire est exagéré des deux côtés, et par le redressement de la pointe du pied on produit facilement la trépidation épileptoïde qui se propage rapidement au côté opposé.

La sensibilité est un peu exagérée dans le membre inférieur gauche, et l'on retrouve cette exagération à la région abdominale du même côté.

Pas de troubles de la vessie ni du rectum.

Peut-être y a-t-il un peu d'atrophie des muscles à la main gauche (adducteur du pouce et interosseux).

Perte de l'odorat, diminution considérable du goût, affaiblissement très marqué des réflexes pharyngiens du côté gauche. Voix et déglutition normales.

Pas de troubles de la vue.

Conservation des facultés intellectuelles, mais émotivité exagérée.

Depuis 15 à 18 mois, l'angle des gros orteils s'est détaché à trois reprises différentes, et chaque fois l'ongle a repoussé assez régulièrement. Au moment même de notre examen, l'ongle des gros orteils était en voie de rénovation; dans la moitié postérieure (matrice de l'ongle) l'ongle présentait une épaisseur et une disposition tout à fait normales, pendant que la partie antérieure n'était encore constituée que par des lamelles minces et irrégulières recouvrant le derme sous-unguéal.

— Je ne veux pas essayer de déterminer d'une manière précise le diagnostic de ce cas. Tous les accidents consécutifs à la première attaque doivent-ils être rapportés à des lésions qui se sont produites à ce moment? Ou bien ne doit-on voir dans cette attaque survenue sous l'influence d'une grande émotion que la première manifestation d'une maladie en voie d'évolution (et alors c'est à une sclérose en plaques qu'on devrait songer)? Au point de vue où je me place, cela n'a que peu d'importance. Il suffit de remarquer qu'il ne s'agit pas d'une ataxie locomotrice, et que par conséquent la chute des ongles n'est pas propre à l'ataxie locomotrice.

Du reste, dans la thèse d'agrégation de M. Arnozan, on trouve (page 158) la mention d'un fait de M. Hayem, dans lequel, à la suite d'une plaie intéressant plusieurs nerfs, on observa différents troubles trophiques et en particulier la chute des ongles.

D'autre part, M. Folet (de Lille) a observé (*Gazette médicale de Paris*, 1874, page 66) la chute des ongles chez un malade atteint de glycosurie. Ce qui indiquerait, dans le cas où cette glycosurie n'aurait pas été sous la dépendance d'une lésion nerveuse, que la chute des ongles peut s'observer non-seulement dans le cours d'une maladie du système nerveux soit central, soit periphérique, mais encore dans d'autres maladies déterminant un trouble profond de la nutrition. Mais c'est certainement dans l'ataxie locomotrice que ce symptôme est le plus fréquent (1).

(1) Je viens d'observer un nouveau cas de chute de l'ongle des gros orteils, sans ecchymose, chez un ataxique ayant de l'amaurose, des troubles vésicaux, des douleurs fulgurantes et ne présentant aucune incoordination des mouvements.

BIBLIOTHÈQUE

De l'homicide commis par les enfants, par le docteur P. Moreau (de Tours). Paris, 1882. Asselin.

L'ouvrage de M. le docteur Moreau est un ouvrage d'actualité. La criminalité infantile devient plus grande depuis quelques années. Ne croyez pas cependant que l'auteur soit de ceux qui font profession de dénigrer leur époque? Ces enfants criminels, qui effrayent l'esprit autant par la monstruosité des faits que par une précoce perversité de leurs auteurs, sont assurément les fils d'une civilisation défectueuse. Les vices et les défauts de cette dernière ont été souvent analysés par les moralistes et les romanciers. Mais l'influence de la gravure, du théâtre, du roman, qui trop souvent reproduisent des exemples fâcheux, ne suffit pas seule

pour expliquer cette explosion de criminalité. L'antiquité a eu des Caracalla, des Caligula et des Néron.

Parmi les criminels qu'on condamnait au supplice dans les temps passés, plus d'un probablement serait aujourd'hui confié aux soins et à la surveillance de médecins aliénistes. Pour M. Moreau (de Tours), l'enfant posséderait en germe les qualités et les défauts de l'homme. Chez lui, ces qualités, bonnes ou mauvaises, ont le caractère impulsif, et ne sont pas modifiées, comme chez l'adulte, par le raisonnement, le calcul ou l'éducation. L'enfant agit naïvement, brutalement, subit les premiers mouvements; il commet le crime, mais il n'en possède pas l'hypocrisie.

Dans cette étiologie, deux ordres de facteurs sont en jeu; les uns d'ordre moral : nature physiologique de l'enfant, hérédité, passions, éducation; les autres d'ordre physique : puberté, traumatismes, empoisonnements. Mais l'anatomo-pathologie est loin de donner toujours la raison de ces actes impulsifs. Aussi ce serait une erreur de prétendre que les homicides, par exemple, possèdent sinon toujours, du moins souvent, une circonvolution cérébrale supplémentaire.

Ces considérations conduisent l'auteur à des conclusions dont l'importance n'est pas moindre au point de vue médical qu'au point de vue social. Au lieu de condamner ces tristes individus à une détention temporaire qui prend fin à un âge déterminé par le jury, il vaudrait mieux les mettre dans l'impossibilité absolue de nuire, les placer dans des asiles spéciaux. suivant que, sur le rapport des médecins, les tribunaux les auront déclarés comme ayant agi avec ou sans discernement.

Le livre de M. Moreau (de Tours) sera lu avec intérêt autant par les médecins que par les personnes étrangères à notre art. Il le mérite d'ailleurs autant par l'originalité des idées que par l'éloquence employée à les exposer et à les défendre. D[r] Ch. Eloy.

Contribution a l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis, par le D[r] G. Cohadon. — Paris, 1882; A. Delahaye et Lecrosnier.

L'albuminurie qui se montre dans les accidents secondaires de la syphilis apparaît, en général, dès le début de ces accidents et dure pendant une longue période. En l'absence d'accidents syphilitiques passés ou contemporains, le traitement spécifique, mercuriel, ioduré, ou mixte permet seul d'établir le diagnostic. Telles sont les principales conclusions de ce mémoire dans lequel l'auteur s'est inspiré des travaux cliniques les plus récents. — Ch. E.

Marche de la paralysie générale chez les alcooliques, par M. le docteur Moreaux. — Paris, 1881.

C'est à un point de vue nouveau que M. le docteur Moreaux a étudié la paralysie générale. On sait quelle est l'influence de l'alcoolisme comme cause déterminante de cette maladie; mais on connaît moins les particularités qu'offre souvent la marche de la maladie chez les alcooliques. L'auteur a essayé de combler cette lacune et de montrer que la paralysie générale possède chez ces malades une évolution différente de celle qu'on observe dans la paralysie générale classique. Elle débute brusquement, sans prodromes, par une excitation maniaque, remplaçant les phénomènes somatiques et psychiques de l'alcoolisme et s'accompagne de rémissions fréquentes et franches; mais dont l'apparition n'est soumise à aucune règle fixe.

Tels sont les caractères particuliers qu'indique M. Moreaux dont le mémoire écrit sous l'inspiration de MM. Ball et Voisin, sera consulté avec fruit. — Ch. E.

De l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune, par M. le docteur Corre. — Paris, 1882. O. Doin.

Dans ce mémoire, le docteur Corre démontre de nouveau l'existence des grands foyers de typhus amarille. Ces foyers, dans lesquels la maladie est maintenant endémique, ont été infectés originellement par un autre foyer primitif qui a été l'Amérique et spécialement le littoral du golfe mexicain. Les deux foyers secondaires actuels sont le Brésil et la côte de Sierra-Leone, milieux dans lesquels la maladie trouve des conditions favorables à sa conservation et à sa production. L'extension de cette fièvre a toujours été continue, sera-t-elle à l'avenir plus grande? D'après M. Corre, la solution de cette question est du domaine de l'hygiène prophylactique internationale.

Relativement à la nature de l'agent amaril, le docteur Corre est un sceptique à l'égard de la panspermie, et repousse pour la fièvre jaune comme pour les typhus la doctrine de la virulence, c'est-à-dire de l'infection par une cause animée. Néanmoins si, par analogie avec les autres maladies septiques, l'auteur se déclare disposé à admettre la nature chimique de l'infection amarille, il n'en est pas moins prêt à accepter les résultats des expériences que

M. Pasteur a dû tenter à Bordeaux. Il est vrai qu'il pose une sage condition, c'est que « l'inoculation soit pratiquée hors du milieu amaril sur des organismes susceptibles de contracter « l'infection amarilie et par des *juges assez habitués* à reconnaître les caractères de l'infection « amarilie, pour ne pas accepter comme tels des symptômes de réaction banale ou de septicémie. » Ces sages réserves sont justifiées par l'expérience des hommes et de leurs théories.

Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1882. — Présidence de M. Millard.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lecture par M. Lereboullet d'un travail de M. E. Sorel sur les *Effets antithermiques du sulfate de quinine et du salicylate de soude administrés concurremment dans le traitement de la fièvre typhoïde.* — Rapport de M. Damaschino sur la candidature de M. Zancarol, d'Alexandrie, au titre de membre correspondant. — Rapport de M. Du Castel sur les *maladies régnantes* du premier trimestre de 1882. — Note de M. Landrieux, intitulée : *De l'influence du nombre et de l'apparence des cicatrices vaccinales sur le pronostic de la variole.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, par le docteur H. Guinier. — *Annales de gynécologie.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Annales* de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — *Précis de thermométrie clinique générale*, par le docteur Da Costa Alvarenga, traduit par le docteur L. Papillaud. — *Union médicale du Nord-Est.* — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Lyon médical*, etc.

Correspondance manuscrite. — Lettre du Secrétaire général du quatrième Congrès international d'hygiène.

—

M. Lereboullet lit un travail de M. E. Sorel, membre correspondant actuellement à Sétif (Algérie), intitulé : *Des effets antithermiques du sulfate de quinine et du salicylate de soude administrés concurremment dans le traitement de la fièvre typhoïde.* (Sera publié.)

—

M. Damaschino lit un rapport sur un travail de M. Zancarol, médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie (Egypte), intitulé : *Des altérations produites par le Distoma hœmatobium dans le gros intestin et dans les voies urinaires.* (Sera publié prochainement.)

—

M. Du Castel lit son rapport sur les maladies régnantes du premier trimestre de 1882. (Voyez Union Médicale, juin et juillet 1882.)

—

M. Landrieux lit une note traitant : *De l'influence du nombre et de l'apparence des cicatrices vaccinales sur le pronostic de la variole.*

Dans une récente communication faite à l'Académie de médecine M. le docteur Guéniot proposait, avec juste raison, de se borner à pratiquer, aux enfants atteints d'éruption eczémateuse, deux inoculations vaccinales.

Dans ce cas particulier, je ne saurais trop approuver la conduite tenue par notre éminent confrère.

Mais, dès aujourd'hui, je tiens à mettre sous vos yeux les résultats d'une statistique que j'ai pu établir dans le service des varioleux que j'ai eu sous ma direction, pendant 18 mois à l'hôpital Saint-Louis.

Il serait intéressant sans aucun doute, de vous montrer les modifications que présente l'épidémie variolique actuelle en la comparant à la description magistrale que nous a laissée Trousseau. Comment s'expliquer de tels changements dans ce court espace de vingt années ?

La salivation devenue exceptionnelle, l'ombilication des pustules beaucoup moins accentuée ; la tuméfaction des pieds et des mains presque nulle dans la plupart des cas, enfin, l'extrême fréquence du rash ?

Mais je tiens à me borner pour aujourd'hui à l'étude des cicatrices vaccinales : je tiens à vous montrer combien est faux, et serait dangereux pour l'avenir, cet axiome que l'on retrouve dans certains ouvrages classiques : « Une seule piqûre peut suffire pour vacciner un individu et le préserver de la variole. »

Ma statistique s'appuie : 1° sur les cicatrices légitimes et sur les cicatrices superficielles ;

2° sur le nombre des premières et des secondes. Inutile, je pense, de décrire ce que j'ai considéré comme cicatrices légitimes ou comme cicatrices superficielles. Sur 170 malades atteints par la variole et présentant des *cicatrices légitimes*, il y a eu 15 décès c'est-à-dire que la mortalité a été de 8,82 pour 100.

Sur 276 varioleux présentant des *cicatrices superficielles*, il y a eu 65 décès, c'est-à-dire que la mortalité a été de près de 24 pour 100. (23,6 pour 100.)

Je n'insiste pas sur ces faits parfaitement connus, mais je désire mettre en lumière un point particulier de la question, déjà étudié à Londres, à l'hôpital de la variole, par MM. Marson et Hart. Je veux parler de *l'influence du nombre et de l'apparence des cicatrices vaccinales* sur le pronostic de la variole.

Prenons d'abord les varioleux qui présentaient des *cicatrices vaccinales légitimes*. Sur 71 malades ayant plus de 3 cicatrices légitimes, il y a eu seulement 3 morts c'est-à-dire que la mortalité a été de 4,2 pour 100.

Sur 98 malades *présentant seulement* 3 *cicatrices légitimes ou un nombre inférieur* de cicatrices, il y a eu 12 décès, c'est-à-dire que la mortalité a été de 12,2 pour 100.

Le même travail fait pour les *cicatrices vaccinales superficielles* donne les résultats suivants : sur 143 malades présentant *plus de 3 cicatrices superficielles*, il y eut 29 décès, c'est-à-dire une *mortalité de* 20,27 pour 100.

Sur 133 malades ayant *seulement 3 cicatrices superficielles ou un nombre inférieur* de cicatrices, il y eût 31 décès c'est-à-dire une mortalité de 23,30 pour 100.

La mortalité qui n'était que de 4,2 pour 100, lorsque le malade présentait plus de 3 cicatrices vaccinales légitimes s'élève à 23,30 pour 100, lorsque le malade ne porte que 3 cicatrices vaccinales superficielles.

En résumé, la multiplicité des cicatrices et leur aspect légitime permettront, dans la plupart des cas, de porter, pendant l'évolution variolique, un pronostic favorable : *cinq ou six cicatrices légitimes sont exceptionnellement* suivies de léthalité.

Je me bornerai à tirer de l'enquête précédente les conclusions suivantes :

Quand la vaccination n'est pas faite de bras à bras, étant donnés les résultats infidèles fournis par le vaccin en tube ou en plaque, je crois utile, nécessaire, indispensable, de pratiquer au moins 8 inoculations vaccinales.

Je ne vois qu'une seule circonstance dans laquelle on pourra agir autrement, ne faire même qu'une ou deux piqûres, c'est dans les cas d'éruption eczémateuse analogues à celui qui a fait le sujet de la communication de M. Guéniot à l'Académie de médecine.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DUGUET.

FORMULAIRE

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'EAU POUR CALMER LA TOUX. — LANDOUZY.

Pour calmer la toux dans les cas de phthisie, de pleurésie, de bronchite, l'auteur injecte sous la peau le contenu d'une seringue de Pravaz d'eau distillée, additionnée de quelques gouttes d'hydrolat de laurier-cerise. L'injection paraît d'autant plus efficace, qu'elle est poussée plus près des points dans lesquels les malades accusent les sensation de cuisson, de picotement, de fourmillement qui semblent être le point de départ de la toux. Par exemple, pour la phthisie laryngée, on pratique l'injection sur les côtés du larynx. Dans les pleurésies circonscrites et les bronchites des sommets, on pique dans les espaces intercostaux douloureux. Le malade obtient, grâce à cette injection, un repos plus ou ou moins prolongé. — N. G.

POUDRE CONTRE L'ATONIE GASTRO-INTESTINALE. — G. SÉE.

Magnésie calcinée, craie lavée, *āā*. . . .	30 grammes.
Colombo pulvérisé.	2 —
Vanille pulvérisée	1 —

Mêlez. — Une demi-cuillerée à café avant chaque repas, aux personnes atteintes d'atonie gastro-intestinale avec tympanisme. — On y ajoute dans certains cas, 5 à 10 gouttes de teinture de noix vomique dans une cuillerée de café noir, à la fin du repas. — Purgatif salin de temps en temps. Les douches sulfureuses chaudes et l'électricité rendent également des services. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le service de la bibliothèque est organisé de la manière suivante pendant les vacances :

Du lundi 7 au lundi 14 août 1882, la bibliothèque restera fermée ; du 15 août au 15 octobre inclusivement elle sera ouverte trois fois par semaine, les mardis, jeudis et samedis, de midi à quatre heures, Il n'y aura pas de service du soir.

AFFECTIONS CHARBONNEUSES. — Une commission, composée de MM. Bouchardat, Hillairet et Pasteur, vient, sur l'invitation du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, de rédiger l'avis suivant relatif aux précautions à prendre contre les affections charbonneuses :

« Les ouvriers qui travaillent dans les boucheries, tanneries, mégisseries, ceux qui manipulent les laines, les peaux fraîches ou les peaux sèches venant des pays étrangers, les cornes, les poils, sont exposés à prendre le charbon, lorsque les viandes, les peaux, les laines, etc., proviennent d'animaux atteints de cette affection.

La maladie se manifeste aux mains, au cou, au visage, aux paupières, par une enflure avec ou sans point apparent d'inoculation au centre de l'enflure. Celle-ci augmente peu à peu de volume. Elle se termine le plus souvent par la mort. Tant que l'enflure est à son début, le développement ultérieur du mal peut être conjuré.

Ordinairement la personne contaminée ne donne aucune attention à l'enflure et croit être à l'abri de tout danger. C'est une fausse sécurité pour tous ceux qui sont dans les conditions de travail que nous avons rappelées en commençant. Chaque année, Paris compte plusieurs morts des suites de la terrible maladie, morts qui auraient pu être prévenues facilement.

Les cas de mort sont dus généralement à l'ignorance du danger. Les personnes intéressées négligent de recourir tout de suite aux conseils d'un homme de l'art. Elles ne se décident à se rendre à l'hôpital ou chez un médecin à leur portée qu'après une aggravation du mal, et alors que toute médication ou opération est devenue inutile.

En conséquence, l'administration invite tous les ouvriers des catégories précitées à donner la plus grande attention aux moindres enflures, démangeaisons persistantes et œdèmes, et les engage expressément à se rendre sans retard, dès qu'ils en constatent la présence, chez un médecin qu'ils informeront de la nature de leur profession et de leur crainte d'un danger possible, parce que les matières qu'ils manipulent peuvent être souillées du parasite charbonneux ou de ses germes. Le médecin sera juge de ce qu'il y aura à faire. »

PREMIÈRE INSCRIPTION. — Par arrêté en date du 20 juillet 1882, l'arrêté du 10 août 1877, qui permet aux étudiants de prendre, dans certaines conditions, la première inscription au trimestre d'avril, est et demeure rapporté.

Conformément aux dispositions du statut du 9 avril 1825 et du règlement du 28 décembre 1880, les étudiants en droit, en médecine et en pharmacie ne peuvent, en aucun cas, commencer leur scolarité après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Le ministre peut, pour des motifs graves, après avis des Facultés et Écoles et sur le rapport des recteurs, accorder l'autorisation de prendre cumulativement les deux premières inscriptions au deuxième trimestre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'académie :

MM. Malassez, directeur-adjoint du laboratoire d'histologie au Collège de France ; Boulart, préparteur d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle; Poirier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle ; Becquerel, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle ; le docteur J. Besnier, médecin du Collège Rollin ; Grévin, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS. — Le concours ouvert en 1881 sur la question de l'*Angine de poitrine* s'est terminé par la proclamation de M. le docteur Charles Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), pour la médaille d'or, et de M. le docteur Trépant, de Nesle, pour la mention honorable.

Question mise au concours pour l'année 1882 : *De la grenouillette.*

Question mise au concours pour l'année 1883 : *De l'inversion utérine.*

Les mémoires présentant les formes académiques habituelles doivent être envoyés au secrétaire, avant le 1er avril 1883, pour la 1re question, et le 1er avril 1884, pour la dernière.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

UN NOUVEAU MÉDICAMENT CARDIAQUE (1)

(Recherches sur le *Convallaria maïalis*).

Par M. le professeur Germain SÉE.

QUATRIÈME PARTIE. — *Analyse des effets physiologiques et thérapeutiques.*

I. *Effets sur les organes digestifs.* — Les malades prennent facilement le médicament lorsqu'il est mêlé au sirop d'écorces d'oranges ou au curaçao, il ne provoque aucun dégoût, ne présente aucune amertume, ainsi que le fait la digitale. Dans tous les cas il a été toléré sans produire l'inappétence, les nausées et les vomissements qui accompagnent parfois l'administration des préparations de digitale, au point de forcer le médecin à répudier la médication digitalique si habituellement nécessaire. Qu'on le prescrive avant ou pendant le repas, il ne laisse jamais cet arrière goût nauséeux et âcre qui résulte de la digitale, de la scille, de l'iodure de potassium, et d'autres médicaments cardiaques.

Il stimule généralement l'appétit, loin de le diminuer.

Les digestions se font comme à l'état normal.

Les évacuations sont généralement plus faciles, et sans qu'elles présentent les caractères de la diarrhée, elles deviennent plus nombreuses.

II. *Effets sur le cœur, les vaisseaux et la respiration.* — Une fois que le médicament a pénétré dans le sang, il produit des effets immédiats sur le cœur, les vaisseaux et la respiration ; c'est là, avec la diurèse, l'ensemble des phénomènes utiles.

a. *Le cœur irrégulier*, intermittent, surtout si l'ARYTHMIE est simple et indépendante des lésions d'orifice, ne tarde pas à prendre le rhythme normal, l'observation XIV en témoigne; les irrégularités et les intermittences disparurent au bout d'un jour de traitement par un gramme d'extrait. Toutefois, il n'en est pas toujours de même dans les lésions graves du cœur ; même lorsqu'elles s'améliorent, l'arythmie peut persister.

b. *Les palpitations* cèdent avec la même sûreté, la même rapidité que l'arythmie simple ; chez la malade de l'observatiou VI, les palpitations qui avaient pris le caractère chronique, cédèrent en quelques jours, bien qu'elle fussent le symptôme d'un rétrécissement mitral. C'est sur la guérison des palpitations que les médecins russes avaient insisté le plus nettement ; il semblait même que le convallaria n'eût d'autre utilité que d'agir sur l'élément nerveux du cœur. Or, il est à peu près certain aujourd'hui, ce que j'ai cherché à démontrer il y a quatre ans dans mon traité du diagnostic des maladies anormales du cœur, que les palpitations, au lieu d'être des phénomènes spasmodiques ou d'irritation nerveuse, sont presque toujours le résultat d'un état d'épuisement des nerfs vagues ou même de paralysie, comme dans la maladie de Basedow. L'excitation de ces nerfs ralentit ou arrête même les mouvements du cœur ; la paralysie détermine une accélération considérable de ces battements ; les nerfs vagues sont des modérateurs du mouvement ; s'ils sont supprimés, le cœur abandonné à lui-même, c'est-à-dire à ses ganglions intrinsèques,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3 et 5 août.

qui sont les véritables nerfs automoteurs de l'organe, commence à battre deux fois plus qu'à l'état normal, d'autant plus que les nerfs auxiliaires de l'accélération, c'est-à-dire les sympathiques, restent indemnes. Dans les palpitations, ce qui domine, ce qui les caractérise, c'est la précipitation des contractions, qui d'ailleurs restent faibles, comme chez les animaux dont on a sectionné les nerfs pneumogastriques. Or, que produit le convallaria? Chez les animaux supérieurs, il détermine un ralentissement notable, précisément en excitant les nerfs vagues à leur terminaison cardiaque, avant d'attaquer la substance même du cœur, et, lors même que le cœur est atteint dans son muscle, l'excitabilité de ses nerfs modérateurs n'est pas perdue; nous l'avons vu sur la tortue; dans la deuxième période de l'empoisonnement, l'excitation électrique des nerfs vagues détermine encore le ralentissement. Donc, si le nerf vague n'est pas compromis par le poison, on peut l'utiliser pour exciter ce nerf et pour combattre ainsi les palpitations d'ordre paralytique, tandis qu'avec la digitale l'empoisonnement du muscle cardiaque est trop prompt, trop énergique, pour qu'on puisse continuer impunément.

c. *Sur l'accélération du cœur*, le médicament a une action tout aussi prompte, mais moins certaine que sur les palpitations; ainsi le pouls qui bat 90 à 100 fois tombe souvent de 20 pulsations, mais ce ralentissement dure d'autant moins longtemps que l'accélération tient à une cause mécanique, telle que la facilité d'écoulement du sang par les capillaires; dans ces conditions physiques, que M. Marey a si bien fixées, le médicament agit moins que lors de l'accélération nerveuse du cœur; c'est ce qu'on voit dans l'insuffisance mitrale.

d. *Sur le pouls normal.* — Lorsque l'accélération se rapproche de la normale, à plus forte raison sur le pouls normal lui-même, l'action du poison est moins caractérisée, toutefois on obtient presque toujours un abaissement d'une dizaine de pulsations.

e. *Sur la circulation artérielle périphérique.* — Chez les cardiaques ou les névrosiques qui se plaignent d'éprouver des battements artériels à la tête, au cou, ou dans les oreilles, ou qui accusent un afflux de sang au visage, on voit rapidement cesser ce phénomène. — (Observations XII et XIV).

Il en est de même chez les cardiaques atteints de la maladie de Corrigan; on sait que, dans les cas d'insuffisance des valvules aortiques, le sang reflue vers le cœur, et produit une véritable dilatation passive puis active des artères de la tête, des tempes, du cou, des bras, etc.; c'est une sensation qui tourmente et agite les malades au point de produire l'insomnie. L'extrait de convallaria supprime rapidement la sensation et les battements qui en sont le point de départ.

f. *Sur la pression intravasculaire et sur l'énergie du cœur.* — L'action du convallaria sur les vaisseaux s'exerce encore d'une autre façon; elle se traduit à la dose thérapeutique par une augmentation manifeste de la pression intravasculaire; les tracés sphygmographiques le démontrent de la manière la plus claire; la ligne d'ascension devient droite, ce qui indique en même temps l'augmentation d'énergie du cœur; la ligne de descente est moins traînante, moins oblique, et le crochet, qui indique la contraction de l'artère au moment du passage de l'ondée en retour provenant du plancher des valvules sigmoïdes de l'aorte, s'accuse d'une manière très nette.

On peut donc dire que le convallaria est un tonique des vaisseaux et du cœur, et que sous ce rapport il équivaut à la digitale, sans épuiser, comme celle-ci, la contractilité ni de l'organe central, ni des artères. En effet, on peut en continuer impunément l'usage, en tant du moins qu'on s'en tient à la dose indiquée. Jamais nous n'avons vu chez l'homme l'abaissement de la pression sanguine ni l'affaiblissement des ventricules qu'on observe chez les animaux, lorsqu'on prolonge l'expérience ou lorsqu'on augmente la dose primitive.

g. *Sur la respiration.* — Chez l'homme, la respiration se modifie moins que chez les animaux; toutefois les inspirations sont plus profondes, et ce qui est surtout remarquable c'est la sensation de bien-être, de respiration libre et facile, que le

malade accuse. Sous ce rapport, on peut comparer le convallaria à l'iodure de potassium, dont j'ai démontré il y a trois ans, dans une communication à l'Académie, l'action énergique, immédiate et cependant durable dans la curation de l'asthme, l'effet tout aussi prompt, mais moins certain, moins persistant dans le traitement des dyspnées urémiques et cardiaques. Le propriété respiratoire de l'iode sous toutes formes, de l'iodure d'éthyle et surtout de l'iodure de potassium, est établie aujourd'hui pour les médecins de tous les pays, si j'en juge par les ordonnances et les consultations tant étrangères que françaises; elle est admise malgré les doutes et les contestations surtout de priorité qui se sont élevés à cette époque. Il est pour ainsi dire impossible d'instituer un traitement régulier des maladies du cœur, lorsque surtout elles se caractérisent par la dyspnée ou par l'asthme cardiaque, sans recourir aux préparations iodiques. Rien ne peut les remplacer; la morphine est un auxiliaire puissant, mais dont on est obligé, à cause de la fugacité de son action, d'abuser au point de produire des effets nuisibles, ne serait-ce que la suppression des urines, grave inconvénient qui empêche absolument la disparition des hydropisies chez les cardiaques, qu'on traite pour la dyspnée cardiaque, et qu'on maltraite ainsi pour l'hydropisie. La digitale est moins puissante contre la dyspnée que la morphine; mais du moins elle favorise la sécrétion urinaire; sous ce rapport, le convallaria dépasse de beaucoup la digitale; il facilite l'urination d'une manière certaine, tout en communiquant à la respiration une liberté fonctionnelle dont les cardiaques bénéficient, à moins qu'il n'existe quelque grave complication thoracique.

Au résumé, la combinaison du convallaria avec l'iode constitue une des médications les plus sûres, les plus inoffensives dans le traitement des maladies organiques du cœur avec dyspnée et hydropisie, ce qui est le caractère dominant des lésions valvulaires.

III. *Effets diurétiques. — Action sur les urines et sur les reins. — L'effet diurétique* est des plus constants et en même temps des plus utiles. Il suffit de lire les courbes de l'urination, qui sont tracées dans les observations, pour s'assurer de la sûreté du convallaria et de sa promptitude d'action dans les hydropisies cardiaques les plus graves. Lorsque le médicament a échoué, comme dans les trois derniers cas, c'est qu'il s'agissait, chez l'un, d'un saturnisme avec mélanémie grave compliquant l'état du cœur; chez l'autre, d'une asystolie arrivée à la période mortelle; chez le troisième, d'une néphrite interstitielle. Dans tous les autres cas (voyez le type de la première observation), nous voyons la quantité d'urine qui était de 500 grammes, atteindre le deuxième jour 3,000 grammes, le quatrième jour 2,500 grammes, et osciller sans cesse pendant dix jours sans qu'il y ait augmentation de la dose, entre 2,200 et 3,500; puis, comme contre-épreuve, nous supprimons le douzième jour l'usage du médicament; l'urination retombe à 1,000 gr. Le quatorzième jour, on prescrit 50 centigrammes d'extrait; le seizième jour, le total s'élève de nouveau à 3,500 et s'y maintient jusqu'à la guérison du malade, ou, pour être plus exact, jusqu'à la disparition de la dyspnée, et jusqu'au rétablissement de l'énergie contractile du cœur. Chez le malade de l'observation deuxième, nous voyons avec la même progression des urines, la disparition graduelle de l'hydropisie en huit jours de temps.

Ordinairement la diurèse commence avec un demi-gramme d'extrait et persiste pendant tout le temps de l'administration du médicament, à la dose de un à un gramme et demi; elle se maintient avec de faibles oscillations autour du point maximum, sans qu'on soit obligé de dépasser cette dose.

Après la cessation du médicament, son action se maintient encore pendant trois à six jours, puis elle disparaît, parfois définitivement, sans que la dyspnée et l'hydropisie reparaissent. Chez le malade nº 2, l'arythmie reparut au bout de trois semaines, avec des phénomènes graves, qui nécessitèrent sa rentrée à l'hôpital; le médicament triompha encore de cette récidive.

Pour bien nous assurer de l'effet diurétique du médicament, nous avons eu le

soin de supprimer tous les autres médicaments diurétiques et surtout le lait, qui à lui seul constitue un des plus actifs et des plus utiles; tout ce que nous avons relaté se rapporte donc à l'usage exclusif du médicament, sans aucune précaution de régime.

Dans deux cas nous avons pu établir le parallèle avec la digitale, qui venait d'échouer d'une façon complète, en tant que diurétique et cardiaque; le maïalis triompha de la maladie, ou plutôt de l'hydropisie.

Etat des urines. — Les urines tout en étant augmentées présentent leur composition normale; pas de modification au point de vue de l'urée, ni de l'acide urique, ni des matières salines.

Au premier abord, on pourrait être tenté d'attribuer au muguet la formation d'une albuminurie; en effet, l'urine présente un léger trouble par l'acide nitrique; il s'agit tout simplement du passage de la résine du maïalis; l'éther dissipe, en dissolvant la résine, la fausse albuminurie.

Contre-indications tirées de l'état des reins. — Mais si le maïalis est incapable de modifier la composition des urines, il paraît néanmoins agir sur les organes sécréteurs de l'urine, sur les reins; en effet, dans deux cas de néphrite aiguë, dont l'une avec hématurie, les urines sont devenues plus sanglantes, tout en augmentant de quantité. La diurèse se produit donc en tous les cas; chez deux malades, atteints de néphrite interstitielle, elle a eu lieu comme dans les affections simples du cœur; mais elle ne persiste pas assez pour amener la résorption de l'hydropisie. Ainsi, sans nuire aux malades atteints de néphrite chronique avec albuminurie, le maïalis n'entraîne pas d'avantages assez marqués pour qu'il y ait lieu d'insister sur l'emploi de ce moyen, qui, à cet égard, ressemble de tous points à la digitale.

IV. *Effets sur le système nerveux.* — Tout en produisant les effets si remarquables sur le cœur, les vaisseaux, et sur les nerfs cardiaques, le maïalis ne trouble en rien les fonctions du système nerveux; l'excitabilité générale, le pouvoir réflexe de la moelle restent intacts; l'encéphale ne subit aucune modification et les pupilles restent normales. En un mot, il n'existe aucun phénomène d'intoxication du système cérébro-spinal, et c'est l'immense supériorité de ce médicament sur les autres poisons cardiaques.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL ET CONCLUSIONS

1° Le convallaria maïalis ou muguet constitue un médicament cardiaque des plus importants.

2° Sous la forme d'extrait aqueux de la plante totale, administré à la dose de 1 gramme à 1 gramme et demi par jour, le maïalis produit sur le cœur, les vaisseaux et la respiration, des effets constants et constamment favorables, à savoir le ralentissement des battements du cœur, souvent avec rétablissement du rhythme normal; d'une autre part, l'augmentation d'énergie du cœur, ainsi que de la pression artérielle, avec régularisation des battements artériels exagérés; enfin, le pouvoir respiratoire acquiert plus de force inspiratoire, et les sensations du besoin de respirer sont moins impérieuses, moins pénibles.

3° L'effet le plus puissant, le plus constant, le plus utile, c'est l'action diurétique, qu'il importe avant tout d'obtenir dans le traitement des hydropisies cardiaques.

4° Les indications thérapeutiques doivent se résumer ainsi :

a. Les palpitations qui résultent d'un état d'épuisement des nerfs vagues, ou palpitations paralytiques, qui sont de beaucoup les plus fréquentes;

b. Les arythmies simples avec ou sans hypertrophie du cœur, avec ou sans lésions des orifices ou des valvules du cœur;

c. Le rétrécissement mitral, lorsque surtout il est accompagné d'un défaut de compensation de la force contractile de l'oreillette gauche et du ventricule droit; la force contractile augmente visiblement, ainsi que le prouvent les tracés sphygmographiques;

d. Dans l'insuffisance de la valvule mitrale, les avantages existent surtout lorsqu'il y a des stases sanguines dans les poumons ; lorsque, par conséquent, la dyspnée se déclare sous l'influence des congestions passives, avec ou sans trouble nerveux de la respiration ;

e. Dans la maladie de Corrigan, les effets favorables se traduisent principalement par la disparition des battements artériels périphériques, et par la facilité avec laquelle s'établit la respiration. Lorsque le ventricule gauche ne présente plus d'hypertrophie compensatrice, le maïalis se trouve mieux indiqué ; il rend l'énergie au cœur, qui tend, à un moment donné, à s'affaiblir et même à se dilater ;

f. Dans les dilatations du cœur, avec ou sans hypertrophie, avec ou sans dégénérescence graisseuse, avec ou sans sclérose du tissu musculaire, les indications du maïalis s'imposent nettement ;

g. Enfin, dans *toutes les affections* cardiaques indistinctement, dès qu'elles ont produit l'infiltration des membres et, à plus forte raison, une hydropisie générale, le muguet a une action évidente, prompte et sûre ;

h. Dans les lésions avec dyspnée l'effet est moindre.

5° Les contre-indications sont nulles, car le médicament s'applique à toutes les affections du cœur. Il est d'ailleurs sans aucun effet fâcheux sur le système cérébro-spinal, ainsi que sur les organes digestifs. De plus, il ne séjourne pas longtemps dans l'économie, et il ne présente pas d'effet cumulatif, d'action posthume.

6° Pour ces divers motifs, le maïalis est supérieur à la digitale, dont on est obligé souvent de répudier l'emploi ou du moins de le restreindre, à cause des vomissements, de l'inappétence, des troubles digestifs, de l'excitation cérébrale, de la dilatation pupillaire qu'elle produit si souvent, après un usage plus ou moins prolongé.

La digitale finit à la longue par épuiser le cœur, par augmenter les battements, par les affaiblir, en un mot par provoquer des effets diamétralement opposés à ceux qu'on recherche.

7° Pour combattre les dyspnées cardiaques, le maïalis est inférieur à la morphine et surtout à l'iode ; mais la morphine supprime les urines ; les préparations d'iode conservent intacte leur supériorité que j'appellerai respiratoire.

Ainsi la combinaison du maïalis avec l'iodure de potassium, dans le traitement de l'asthme cardiaque, constitue une médication des plus utiles.

8° Enfin, dans les cardiopathies avec hydropisies, le maïalis surpasse toutes les autres médications, sans même qu'on soit obligé d'y associer d'autres diurétiques, comme le lait.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI D'ASSIMILATION DANS LA MARINE.

Cette loi qui a pour but de rendre justice tardive à nos confrères de la marine, a été votée par la Chambre des députés, mais elle est encore soumise aux délibérations du Sénat. Nous n'aurions jamais pensé qu'elle dût trouver des contradicteurs et des opposants dans la presse politique. En général, les hommes de toutes les opinions et de tous les partis se font un devoir de rendre hommage au dévouement professionnel et à l'abnégation patriotique du Corps de santé de la Marine française.

Or, ce projet de loi a pour but d'étendre au médecin principal l'assimilation de solde et de grade, acquises depuis longtemps déjà aux autres membres du personnel médical. Ce grade de médecin principal est pour nos confrères de la marine le plus élevé de ceux auxquels ils peuvent arriver par la seule voie d'ancienneté. Au delà, les autres grades d'officiers supérieurs sont donnés au choix. Il marque donc, pour le plus grand nombre, la limite de la carrière, et sert par conséquent à déterminer l'assiette et le chiffre de la retraite.

Autrefois, le médecin principal était assimilé, quant au traitement, au capitaine de corvette. Or, ce dernier grade a été supprimé avec raison de la hiérarchie militaire. Tant qu'il existait, tout médecin pouvait espérer conquérir les avantages acquis à cette situation. Mais depuis cette suppression, il n'en est plus ainsi. Sous le gouvernement impérial, on avait même accordé un supplément de solde à ces médecins principaux.

Depuis le ministère de l'amiral Pothuau, ce supplément a été lui-même supprimé par la loi sur l'*unification de la solde*. Actuellement, nos confrères ne reçoivent pas le juste dédommagement de services glorieusement rendus. L'amiral Pothuau avait reconnu la légitimité de cette mesure et avait promis, il y a cinq ans, sur la demande d'un éminent député, M. le professeur Cornil de réparer cette omission. Il est regrettable, cependant, que le jour où elle va aboutir, cette promesse si tardivement remplie rencontre des adversaires, mal disposés envers le Corps si méritant des médecins de la marine.

Ils prétendent qu'il faut faire une distinction entre les *combattants* et les *non combattants*. Certes, cette assimilation serait légitime s'il s'agissait d'établir une assimilation entre les membres des corps non naviguants des ports de mer, et ceux qui, sous toutes les latitudes, dans les climats les plus inhospitaliers, servent la patrie à des titres divers et soutiennent avec dévouement l'honneur du drapeau. Combattants sont donc aussi les médecins des navires qui bravent chaque jour les périls de la navigation; combattants sont les médecins des colonies, dont vingt-trois sur vingt-six succombaient en 1878 dans l'épidémie de fièvre jaune du Sénégal; combattants aussi ceux-là qui, pendant la bataille, soignent les blessés dans l'entre-pont du navire où à chaque instant peuvent éclater les projectiles de l'ennemi.

Aux écrivains de la presse politique hostiles aux plus légitimes revendications du Corps médical, prêts à faire des distinctions en faveur de ceux qui président un combat, en réglant le tir du canon ou les évolutions des escadres, nous demandons très naïvement à notre tour, si par hasard le projectile, argument trop brutal pour être philosophique, au dire de M. Jourdain, ne suffirait pas seul pour anéantir leurs arguments. Les boulets et les torpilles sont plus logiques : ils ne distinguent pas entre les officiers qui commandent le feu et nos confrères exposés à la fois aux périls de la guerre et aux dangers des épidémies. Vraiment, il faut se faire une singulière idée du Corps médical en général et des médecins de la marine en particulier, pour soutenir une telle opinion.

Nos marins, gens habitués à ne pas marchander leur dévouement, et comme tous les braves, à rendre justice aux compagnons quotidiens de leurs luttes, ne partagent certainement pas ces élucubrations. Ce n'est donc pas sur le boulevard des Italiens qu'on devrait prendre conseil en ces circonstances, mais bien là où nos confrères savent si honarablement lutter et mourir pour la France.

Aussi, nous nous associons à la réponse (1) vigoureuse et spirituelle de celui de nos confrères de Lorient qui s'est fait l'avocat éloquent des intérêts et de l'honneur des médecins de la flotte. Nous n'éprouvons qu'un regret, qui sera celui de tous nos confrères, c'est d'ignorer le nom de celui qui possède une plume si vaillante et si sympathique. Ch. ELOY.

(1) *A Messieurs les Sénateurs. De la loi d'assimilation dans la marine.* Réponse à Ignotus (du *Figaro*). Lorient, J. Chamillard; 1882.

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de chirurgie* du 10 juin et du 10 juillet 1882.

Contribution à l'étude de la cystite blennorrhagique, par P. GEFFRIER. — Ancien interne de M. le professeur F. Guyon, l'auteur étudie la cystite blennorrhagique d'après les malades qu'il a vus à l'hôpital Necker, et porte principalement son attention sur quelques points relatifs à la marche de cette affection :

1° Sur son début, et en particulier sur son apparition quelquefois très tardive;

2° Sur ses récidives habituelles, à une époque souvent éloignée du début, même sans nouvelle poussée d'uréthrite;

3° Sur sa durée souvent interminable, qui cependant n'exclut pas la guérison sous l'influence d'un traitement approprié;

4° Enfin sur certains cas de cystite où pendant longtemps on hésite à faire le diagnostic étiologique : est-elle tuberculeuse, est-elle simplement blennorrhagique? Question grave au point de vue du pronostic.

C'est surtout dans ces cas « limites », ainsi que les appelle M. Guyon, qu'on doit utiliser les données fournies par l'étude de la marche, ainsi que les résultats de la thérapeutique.

Le traitement constamment employé avec succès consiste à porter directement sur la muqueuse malade une solution de nitrate d'argent au cinquantième. L'auteur décrit la manière de faire les instillations et de diriger l'ensemble du traitement.

Des déformations du pied et de la jambe, par le docteur ONIMUS. — C'est la première partie d'un important travail, dont il n'est pas encore possible de donner une vue d'ensemble.

Nouveaux faits d'ostéotomie, par J. Bœckel. — Extrait de l'ouvrage dont nous avons dernièrement donné une analyse : *Fragments de chirurgie antiseptique*. Voici le résumé de ce chapitre fort intéressant :

Les 14 faits qui y sont relatés forment, avec 9 cas communiqués à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, un ensemble de 23 ostéotomies, toutes suivies de guérison. Sur ce total, on compte 7 adultes de 15 à 28 ans, et 15 enfants dont le plus jeune avait 18 mois et le plus âgé 8 ans. 16 fois la suppuration a fait entièrement défaut, et les opérés ont guéri sous 1, 2 et 3 pansements; 6 fois elle a été minime; une seule fois elle a été abondante : l'opération s'est compliquée dans ce cas d'un érysipèle phlegmoneux qui a nécessité plusieurs débridements.

La durée de la cicatrisation a été de 4 jours au minimum, 7 fois elle a été sous-cutanée; le maximum a été de 22 jours; une fois la cicatrisation a exigé 42 jours sur une plaie non réunie. Le temps nécessaire à la consolidation a varié de 21 et 28 jours (minimum) à 2 et 3 mois (maximum). Le résultat définitif a été des plus satisfaisants chez tous les opérés. La guérison a été constatée au bout de plusieurs mois et de plusieurs années (7 ans chez les premiers opérés).

De l'hystérectomie, par Ed. Schwartz. — Cette *Revue générale* nous paraît empreinte du meilleur esprit clinique, et digne de cette école française qui, sans repousser de parti pris les hardiesses chirurgicales, sait cependant s'arrêter et ne sacrifie pas tout au manuel opératoire. « Ce n'est plus seulement, dit l'auteur, à la voie abdominale que les chirurgiens se sont adressés pour arriver jusque sur la tumeur, mais aux voies naturelles, au vagin. Nous croyons que, devant cette effervescence qui éclate de toutes parts, il ne sera pas sans intérêt d'exposer la situation telle qu'elle existe actuellement et d'élucider, à l'aide des faits connus et publiés, si les nouvelles opérations pratiquées en dehors de nous méritent de prendre rang parmi celles qu'approuve la saine chirurgie. »

L'hystérectomie est pratiquée pour le cancer et pour les tumeurs bénignes; de là deux chapitres cliniquement très distincts. Le premier chapitre paraît seul aujourd'hui; nous pouvons dire dès à présent ce que pense M. Schwartz de cette opération appliquée aux tumeurs malignes de l'utérus.

Voici comment il résume son opinion :

« L'extirpation se fait par deux grandes méthodes : la méthode abdominale (laparo-hystérectomie), la méthode vaginale (kolpo-hystérectomie)... Quelle est la valeur opératoire et thérapeutique de ces différentes interventions ?

« La laparo-hystérectomie nous semble devoir être réservée à des cas très rares. Une opération qui tue les quatre cinquièmes de celles qui la subissent, sans qu'il y ait même pour les malheureuses qui en réchappent la certitude d'une guérison définitive, doit à notre avis être rejetée des cadres de la chirurgie pratique ou faite d'une façon très exceptionnelle... Notre opinion sur l'opération de Freund est d'ailleurs corroborée par ceux-mêmes qui l'ont pratiquée, et tout récemment encore Koeks, qui en avait été partisan au début, se tourne contre elle et déclare que l'abstention est ce qu'il y a de mieux...

« Devons-nous porter le même jugement sur l'opération pratiquée par le vagin? Comme nous l'avons déjà remarqué, elle se présente avec des résultats moins sombres comme suites immédiates; elle ne tue en somme qu'une opérée sur trois; mais ses résultats définitfs sont-ils meilleurs que ceux de l'opération de Freund?...

« En résumé, nous croyons que l'hystérectomie contre le cancer de l'utérus restera une intervention exceptionnelle, assimilable, quoique moins grave, à celles qui ont été tentées déjà contre le cancer du larynx, du pharynx et de l'estomac. »

Des désarticulations sous-périostées, et des amputations à lambeau ou à manchette périostiques, par Ollier. — Encore un travail très développé, dont nous attendons la fin avant d'en donner les conclusions.

De la synovite tendineuse tuberculeuse, par F. Terrier et F. Verchère. — Avec Lancereaux, G. Bouilly et le professeur U. Trélat, les auteurs de ce mémoire croient pouvoir affirmer l'existence d'une synovite tuberculeuse des gaines tendineuses. Un examen hystologique très complet, fait par M. Gilson, et les caractères anatomo-pathologiques relatés dans ce travail permettront de la reconnaître sur le cadavre.

L'étude clinique de cette affection n'est pas moins démonstrative, et ses symptômes sont assez caractéristiques pour permettre de la diagnostiquer. Les faits rapportés par MM. Terrier et Verchère sont, il est vrai, peu nombreux; mais dorénavant il suffira de chercher et d'examiner avec plus d'attention certaines tumeurs, certaines ulcérations des gaînes synoviales qui jusqu'à présent étaient regardées comme le résultat de synovites fongueuses simples, pour que

les observations se multiplient et que l'affection ici décrite devienne une localisation, moins exceptionnelle qu'on ne le croit, de la diathèse tuberculeuse.

L'étoupe purifiée et antiseptique, par WEBER et THOMAS. — Après avoir établi que la charpie est aujourd'hui assez généralement délaissée dans la chirurgie antiseptique, que les pièces du pansement de Lister sont trop compliquées ou trop coûteuses pour la chirurgie d'armée, etc., MM. Weber et Thomas se demandent par quelle substance on pourrait remplacer la charpie dans nos ambulances de guerre et même dans nos hôpitaux de l'intérieur.

En faisant quelques essais pour préparer du coton absorbant à un prix réduit, ils ont eu l'idée de traiter par des procédés analogues d'autres matières textiles, et principalement l'étoupe, résidu ou déchet du chanvre.

Après quelques tâtonnements, ils sont arrivés à purifier et à préparer l'étoupe de façon à la transformer en un produit pour ainsi dire nouveau, qui par sa pureté, sa blancheur, sa douceur, son élasticité, leur semble pouvoir rivaliser dans la pratique des pansements avec le coton, sur lequel il l'emporte par son prix modique, par ses qualités absorbantes, et par la facilité avec laquelle on peut le rendre antiseptique.

Du pansement à l'iodoforme, revue générale par ROHMER. — Etude consciencieuse et détaillée d'un agent antiseptique précieux sur lequel l'attention des chirurgiens est fixée aujourd'hui, et dont l'usage, assez restreint jusqu'ici, s'est beaucoup généralisé en Allemagne. Cette première partie comprend trois chapitres : I. Historique; II. Propriétés de l'iodoforme et mode d'action général sur les plaies et sur l'organisme; III. Pansement et mode d'emploi.

L.-G. R.

BIBLIOTHÈQUE

LA MÈRE ET L'ENFANT DANS LES RACES HUMAINES, par M. le docteur CORRE. — Paris, 1882 ; O. Doin.

Ces leçons, de M. le docteur Corre, sont destinees à combler une lacune qui existe dans les cours d'obstétrique. Elles ont été professées à l'Ecole de médecine navale de Brest, devant un auditoire de médecins destinés à exercer sous toutes les latitudes. Sans nous arrêter aux nombreux détails que l'auteur a dû rechercher dans les ouvrages des voyageurs et les thèses des médecins de la marine, il faut le féliciter de l'attrait qu'il a su donner à ce recueil de documents relatifs à la gestation, à la parturition, à l'allaitement et au sevrage dans les diverses contrées du globe. Ce livre mérite d'être lu, car il est de ceux qui échappent à l'analyse par la multiplicité même des renseignements qu'il contient.

De plus, le docteur Corre a soin de faire connaître les caractères cliniques des maladies infantiles, les déformations souvent singulières ou les mutilations pratiquées sur les nouveau-nés et les attentats contre leur vie. Ces derniers chapitres sont instructifs, non-seulement pour le médecin, mais pour l'anthropologiste et le philosophe. Il faut d'ailleurs convenir avec l'auteur que dans nos sociétés chrétiennes, et même — « dans la vertueuse Allemagne » —, ces attentats sont pratiqués sur la plus large échelle. Les criminels sont plus habiles peut-être, mais la moralité de ces peuples policés n'est guère plus grande, à ce point de vue, que celle des Peaux-Rouges, des Indiens ou de certaines nations de l'extrême Orient. — Ch. ELOY.

DES ÉPIDÉMIES QUI RÉGNÈRENT A ROCHEFORT EN 1694, par M. le docteur BOURRU. — Paris, 1882; O. Doin.

Les Ecoles de médecine navale conservent l'usage heureux des séances de rentrée. C'est dans une de ces séances que le discours de M. le docteur Bourru a été applaudi. Il méritait de l'être, car il est à la fois une page d'histoire de la médecine et une savante discussion clinique sur cette épidémie de 1694, qui n'était autre que la peste d'Orient. C'est donc une bonne page d'histoire de la médecine. — Ch. E.

DE L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE DE LA MÉDECINE PUBLIQUE, par M. le docteur DROUINEAU. — Paris, 1882; G. Masson.

M. le docteur Drouineau est de ceux qui espèrent que l'heure n'est plus éloignée où les pouvoirs publics accorderont au pays l'organisation si désirable et si désirée de la médecine publique. Dans les divers chapitres de cette brochure, notre savant confrère fait connaître le futur fonctionnement des commissions d'assistance médicale, ainsi que des Conseils d'hygiène, et un plan d'organisation de la Direction départementale de la Santé publique dans chacun de nos départements. Certes, en lisant ces projets, on désirerait les voir mis à exécu-

tion et on fait des vœux pour qu'ils soient lus et appréciés par nos hommes politiques. Le plaidoyer éloquent de M. Drouineau leur ferait comprendre peut-être l'urgence de ces réformes et leur démontrerait que faire de bonne hygiène, c'est faire de bonne politique. *Salus populi est suprema lex.* — Ch. Eloy.

De l'age et de l'origine de la variole dans le monde, par M. le docteur Fallu ; 1882, J.-B. Baillière.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° la variole a été connue de toute antiquité, es preuves historiques et bibliographiques en témoignent ; 2° la variole est une maladie universelle ; elle existe en tous lieux et trouve partout les conditions favorables à son développement. Brochure intéressante par des détails, sinon inédits, du moins bien groupés ; telle est la réflexion qui vient à l'esprit après la lecture du travail de M. le docteur Fallu. Le mémoire sera certainement utile à consulter pour ceux qui écriront l'histoire de la variole.

Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle, tenue le 1er août 1882. — Présidence de M. Legouest.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1883.

Prix de l'Académie. — Question : « Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « Le tubercule est-il de nature parasitaire ? » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Question : « Paralysies et contractures hystériques. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : « De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voyez, pour les conditions du concours, l'Union Médicale du 3 août 1882, page 187.) Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.

Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : « Du Lymphadénome. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question : « Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par madame Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Il sera de la valeur de 800 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui

auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Stanski. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant de ces deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables (extrait du testament).

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Huguier. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers, et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé. Il sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs, pour la fondation d'un « prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la « tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites « des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite.*

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette dotation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, « destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

NOTA. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1883 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1883. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Huguier, Desportes, Buignet, Amussat, Vernois, Saint-Paul et Stanski, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés,* sont exceptés de cette dernière disposition.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 août 1882. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Trépanation du crâne dans un cas d'abcès du cerveau. — Rapport sur des observations de syphilis infantile; discussion. — Sur la ligature de l'artère linguale. — Du traitement des anévrysmes artérioso-veineux par la méthode sanglante.

M. POLAILLON communique l'observation d'un malade qui lui fut adressé, il y a quelque temps, par M. le docteur Bernard (de Saint-Mandé). Cet homme avait une hémiplégie du côté gauche et se plaignait d'une douleur localisée sur un point circonscrit de la partie droite du crâne. Il prétendait, d'ailleurs, n'avoir reçu ni coup, ni blessure sur le crâne.

Cependant, guidé par les troubles fonctionnels et par la douleur crânienne, M. Polaillon proposa la trépanation qui fut acceptée. Une incision faite *loco dolenti* montra qu'il existait là une

fêlure osseuse. Poussé dans ses derniers retranchements, le malade finit par avouer qu'il avait eu, quelque temps auparavant, une rixe dans laquelle il avait été blessé et laissé pour mort.

M. Polaillon appliqua deux couronnes de trépan dont la seconde mit à découvert un abcès auquel il fut donné issue par une incision faite à la dure-mère. On mit un drain dans la plaie et l'on fit le pansement antiseptique de Lister.

A la suite de l'incision et de l'évacuation du pus, le malade éprouva un grand soulagement et une détente marquée dans les phénomènes de compression; l'amélioration fut telle que le malade, se croyant guéri, voulut, malgré tous les conseils, sortir de l'hôpital et retourner dans sa famille où il est mort au bout de quelque temps. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

— M. Le Dentu lit un rapport sur un mémoire adressé par M. le docteur Ortéga (de Buenos-Ayres) et relatif à une série de cas de syphilis héréditaire qu'il a observés sur des enfants d'une même famille. Il s'agit d'une famille de six enfants dont l'âge se trouve compris entre 2 mois et 12 ans, et qui, au dire de l'auteur, ont présenté des symptômes de syphilis héréditaire caractérisés soit par des lésions osseuses, soit par des lésions oculaires, soit par des douleurs ostéocopes, soit par des rainures dentaires (Hutchinson), soit par d'autres phénomènes dont la signification ne saurait être admise sans de nombreux points de doute, d'après M. le rapporteur.

Le père et la mère ne présentent actuellement aucune lésion de nature syphilitique et nient énergiquement avoir jamais éprouvé des accidents de ce genre. D'ailleurs celle-ci, au dire du docteur Ortéga, aurait toujours été irréprochable dans sa conduite.

L'auteur se fonde, pour admettre l'hypothèse d'une syphilis héréditaire chez les enfants de cette famille, sur deux fausses couches éprouvées par la mère avant d'avoir pu mener une grossesse à terme, sur la mort d'une petite fille de 2 mois qui succomba à des accidents du côté des poumons, enfin, et surtout, sur les heureux effets du mercure et de l'iodure de potassium administrés aux autres enfants pour combattre les lésions ou symptômes présentés par eux.

S'agit-il ici réellement d'accidents de syphilis tardive, transmise par le père? C'est une hypothèse à laquelle on peut s'arrêter, dit M. Le Dentu, mais en faisant les réserves les plus expresses.

M. Després déclare qu'il s'associe complètement aux réserves de M. le rapporteur. Suivant lui, la nature syphilitique des accidents pourrait être admise sur l'un des enfants seulement, bien qu'elle soit encore très discutable. Il lui semble que, pour les autres, les symptômes et lésions doivent être attribués à la diathèse scrofuleuse.

M. Magitot ne voudrait pas laisser sans protestation l'opinion qui considère les rainures dentaires comme un signe de la syphilis infantile. Ces altérations s'observent souvent en dehors de toute influence diathésique. Quant aux enfants syphilitiques ils peuvent, en effet, présenter cette altération, mais celle-ci n'a aucun caractère significatif, si elle ne s'accompagne pas d'autres lésions spécifiques de nature indiscutable.

M. Horteloup ne croit pas à des accidents tardifs de syphilis héréditaire; il pense que le dernier né des enfants de cette famille a seul subi une infection ou contamination directe.

M. Verneuil partage l'opinion de M. Horteloup et pense que le dernier né, directement infecté, a pu communiquer la maladie aux autres. Il a eu l'occasion d'observer, à sa consultation d'hôpital, un enfant chez lequel il lui a été difficile de déterminer s'il s'agissait d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise. La syphilis, chez le père, n'était pas douteuse, mais l'enfant, mis en nourrice à la campagne dès sa naissance, avait toujours été très chétif et constamment malade.

M. Le Dentu s'applaudit de voir ses réserves partagées par tous ses collègues qui ont pris part à la discussion. Il y a lieu, suivant lui, de conclure devant cette unanimité que la syphilis congénitale est encore entourée d'une obscurité profonde et qu'il faut se borner, quant à présent, à enregistrer les faits, sauf à les interpréter plus tard.

— M. Farabeuf lit un travail consacré principalement à l'historique des deux principaux procédés de ligature de l'artère linguale. La méthode ancienne paraît avoir eu pour auteur Béclard, et, pour principaux vulgarisateurs, Blandin, Mance et surtout Malgaigne. La méthode nouvelle a été à tort, suivant M. Farabeuf, attribuée à Bell et à Wyse. La paternité en appartiendrait à Pirogoff.

— M. le docteur Reclus lit un travail sur le traitement des anévrysmes artérioso-veineux par la méthode sanglante. — A. T.

FORMULAIRE

INJECTION ANTIBLENNORRHÉIQUE. — MAURIAC.

Sulfate de fer, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, *āā*.	0 gr 50 à 0 gr 75 centigr.
Solution gommeuse.	20 grammes.
Eau distillée	200 —

F. s. a. Plusieurs injections par jour, dans la blennorrhée. — Si l'écoulement n'est pas supprimé au bout de quelques jours, on recourt à une autre injection. — N. G.

COURRIER

CLINIQUE MÉDICALE. — Le docteur L. Landouzy, agrégé, suppléant le professeur Hardy à la Charité, commencera, le 8 août, des conférences de clinique qu'il continuera le samedi et le mardi de chaque semaine à 10 heures. Visite tous les jours à 9 heures.

CONCOURS. — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante :

Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge (diarrhée, dysenterie, choléra infantile.)

Une médaille d'or sera décernée par la Société dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1883, à M. Léon RIEUX, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 11 août 1882.

Ordre du jour : M. Du Castel : Rapport sur les maladies régnantes pendant le deuxième trimestre. — MM. Hallopeau et Tuffier : Sur un cas d'érythème exfoliant généralisé, survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — M. Strauss : Communication sur l'histologie de la pustule vaccinale. — M. Debove : De l'emploi des poudres de lait dans les affections de l'estomac. — M. Troisier : Présentation d'un sujet atteint de ladrerie. — M. Apostoli : Sur un nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie (vomissements, gastralgie).

— Le bel établissement thermal de Balaruc, si particulièrement renommé de tout temps pour le traitement de la paralysie, sous ses formes diverses, a reçu, par les soins d'une administration nouvelle, un développement important. Il offre des ressources plus nombreuses pour les bains, les douches, le logement des baigneurs et les agréments du séjour. La saison se prolonge jusqu'à la fin du mois d'octobre.

De Cette à Balaruc, traversée d'un quart d'heure, en bateau à vapeur, sur le magnifique étang de Thau. Voitures de louage de Cette ou de Montpellier.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 8 août. — Depuis longtemps nous n'avions vu séance aussi variée. Après les présentations d'usage, M. Dujardin-Beaumetz monte à la tribune pour lire les quelques paroles qu'il a prononcées sur la tombe de Pidoux Que le discours de notre éminent confrère soit fait en fort bons termes, cela n'a rien d'imprévu. Peut-être pousse-t-il un peu loin l'éloge de ce « généralisateur de premier ordre » et de « sa thérapeutique thermale ». Mais que faire en un éloge funèbre, à moins que l'on n'y loue sans réserve ?

Après les idées tristes, une exhibition originale. M. Hardy montre à l'Académie une jeune fille espagnole dont le corps est couvert de *nœvi pigmentaires velus*. « C'est plus curieux qu'instructif », dit le professeur. En réalité, c'est horrible. La jeune fille monte à la tribune, ou plutôt sur la tribune, à la place du verre d'eau sucrée, et découvre tour à tour ses jambes et son dos, couverts de taches brunes et de longs poils. En même temps, M. Hardy raconte l'histoire ancienne d'une jeune fille qui « avait été épousée », et qui, le soir de ses noces, dut mettre à nu un immense *nœvus pilosus* qui lui couvrait tout l'abdomen. Le mari recule épouvanté, un procès s'engage, et le divorce est prononcé, car on était sous le premier empire. Le savant académicien ajoute que la jeune espagnole « est à la discrétion des membres de l'Académie », pour montrer ses nœvi « dans tous les endroits ».

Est-ce « la tigresse de Neuilly ? » interroge M. Depaul, qui n'est pas sans éprouver de vives inquiétudes. Verra-t-on demain le nom du présentateur écrit en grosses lettres sur une baraque de saltimbanques, ainsi qu'on a vu, dans de pareilles conditions, les noms de Paul Dubois et de Dupuytren ?

L'allaitement artificiel avait très vivement intéressé l'Académie dans la dernière séance. L'intérêt n'est pas épuisé, car M. Bouchardat, ce vénérable hygiéniste, au nom des vieilles expériences de Bouchardat et Sandras, vient appuyer les observations de M. Parrot. L'allaitement au pis de l'animal est pour ce vieux maître « une conquête hygiénique des plus considérables ». De vieilles analyses, consignées dans de vieux travaux, confirment pleinement la comparaison établie par des auteurs plus jeunes entre les divers laits, et notamment l'analogie de composition du lait d'ânesse et du lait de femme. Conclusion : il faut par tous les moyens encourager M. Parrot dans la voie féconde où il s'est lancé.

MM. Voisin, Félizet et Polaillon se partagent la fin de la séance, et nous mènent sans fatigue de la folie suicide aux luxations de l'épaule, en passant par le diabète sucré. Mais pourquoi faut-il que l'Académie délibère dans un pareil local ? Pendant une lecture qu'on voudrait bien entendre, tout à coup retentissent des coups de marteau qui couvrent la voix de l'orateur. L'Académie agacée réclame ; on regarde, on apostrophe l'ouvrier qui n'entend rien et continue. Hop! hop! font en chœur les académiciens ; leur voix finit par atteindre le faîte de cet étrange bâtiment, et le marteau s'arrête.

Mardi prochain, jour de « fête concordataire », l'Académie ne tiendra pas séance. « C'est la première fois qu'il en est ainsi », hasarde M. Depaul, un peu scandalisé de ce manque de zèle. Mais M. Béclard, qui a perdu l'habitude de faire un discours à la séance des prix depuis qu'elle a lieu dans le mois d'août, assure qu'on peut se reposer une fois par hasard à une époque où il vient si peu de monde ; et la propo-

sition d'avancer ou de reculer la séance, au lieu de la supprimer, n'obtient aucun succès. — L.-G. R.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

STATISTIQUE DU SERVICE DES FEMMES EN COUCHES DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE ;

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 23 juin 1882,

Par le docteur F. SIREDEY.

Je me propose dans cette note de communiquer à la Société les résultats obtenus actuellement dans le service des femmes en couches de l'hôpital Lariboisière. Pour en rendre l'appréciation exacte, je rappellerai brièvement la mortalité d'autrefois à l'Hôtel Dieu, à la Maternité, dans les services d'accouchements des hôpitaux généraux et particulièrement à l'hôpital Lariboisière. Je montrerai les progrès dans l'amélioration de l'état sanitaire, marchant parallèlement avec les réformes hygiéniques. J'indiquerai les moyens prophylactiques mis en usage et les résultats qui en sont la conséquence. Enfin, je terminerai par un aperçu des prétendus succès constamment obtenus chez les sages-femmes agréées par l'Administration, et j'établirai que les hôpitaux peuvent soutenir la comparaison avec elles sans trop d'infériorité et même avec avantage.

En 1786, quand Tenon faisait de la salle des femmes en couches de l'Hôtel-Dieu le sombre tableau que chacun connaît, si nous nous en rapportons aux documents de l'époque la mortalité était de 1 décès pour 16 accouchées, c'est-à-dire de 6 0/0.

Au commencement de ce siècle, frappée de la mauvaise organisation de ce service, l'Administration multiplie les moyens d'assistance aux femmes en couches. La Maternité est créée dans les bâtiments de l'ancien cloître de Port-Royal, et des salles spéciales sont réservées aux accouchements dans des hôpitaux généraux.

Chaque femme a son lit, chaque enfant son berceau. On est moins avare d'espace, d'air et de lumière, et si l'agglomération existe, ce n'est plus l'encombrement d'autrefois. Pourtant, malgré ces améliorations, dans la période qui s'étend de 1802 à 1850, la mortalité ne descend qu'à 1/19.

A partir de 1850, les épidémies deviennent même plus fréquentes et plus meurtrières; et comme la thérapeutique, malgré l'énergie et la multiplicité des agents employés, reste constamment impuissante, l'unique remède efficace consiste à évacuer les malades dans d'autres hôpitaux, puis à fermer et à désinfecter les salles. Car en voyant ces épidémies rester limitées souvent à un seul établissement, circonscrite par les murs d'enceinte d'un hôpital, on devait nécessairement attribuer au local, au mobilier en un mot, aux différents objets à l'usage des femmes en couches une part prépondérante dans la propagation des maladies puerpérales. Les conséquences de cette opinion sur la pathogénie étaient d'évacuer la salle et de la soumettre à un nettoyage général. Les murs et le plafond étaient blanchis à la chaux, le parquet lavé à l'eau chlorurée, les lits repeints, le linge et la literie désinfectés par les moyens reconnus les plus efficaces. Puis, quand après quelques semaines, la salle remise à neuf semblait complètement assainie, on la rouvrait avec l'espoir, bientôt déçu, que l'état sanitaire serait meilleur. Mais quelques mois à peine, et en certains cas, quelqnes semaines seulement étaient écoulées que la maladie reparaissait tout aussi grave et aussi meurtrière.

Le retour opiniâtre des épidémies, malgré l'évacuation et la désinfection des salles, reparaissant régulièrement dès qu'une ou plusieurs femmes étaient prises de fièvre puerpérale, devait pourtant faire penser que la cause principale de la propagation de la maladie ne devait pas être imputée au local pour une part si grande et presque exclusive. Mais il n'en était rien. Le grand, le seul coupable, croyait-on alors, était l'hôpital. Aussi, le regretté Lorain disait qu'il était cent fois préférable

pour la femme réduite à la plus extrême misère d'accoucher sans secours, sur un grabat, au milieu des haillons, dans un taudis, sans air et sans lumière, qu'à l'hôpital dans un bon lit, dans une salle spacieuse, bien aérée, avec les soins les plus dévoués et les plus éclairés.

De même toutes les communications sur l'état sanitaire des femmes en couches, soit dans la Presse médicale, soit dans les Sociétés savantes, soit encore dans les thèses des élèves de la Maternité qui venaient assez régulièrement chaque année établir le bilan mortuaire de cet établissement, concluaient unanimement à la suppression des salles d'accouchement.

Or, à cette époque, survenait un évènement qui passa inaperçu, et qui était pourtant susceptible d'ébranler la vieille croyance, d'imprimer une autre direction aux investigations, et de modifier l'opinion relative à l'étiologie des maladies puerpérales.

En 1854, le 21 août, avait lieu l'ouverture de l'hôpital Lariboisière.

On connaît l'installation presque luxueuse de cet établissement que l'on a pu appeler « le Versailles de la misère. » Je ne m'arrêterai pas à sa description Eh bien, quand tant de conditions ont été réunies pour assurer le bien-être, et sauvegarder la vie des malades, quand rien n'a été épargné et que l'Administration a pu encourir le reproche de prodigalité, dans ces salles splendides, dans des lits neufs, ou aucun germe morbide ne peut exister, la mortalité de cet hôpital modèle, a dépassé celle du vieil Hôtel-Dieu, qui était de 1/16, quand Tenon en traçait le lamentable tableau le 12 janvier 1786. Elle s'est élevée en 1855 à la proportion incroyable de 1/11, c'est à dire à 9 0/0. Mais quoique depuis, hâtons-nous de le dire, jamais pareils chiffres n'ont été atteints, ceux que nous citons, n'indiquent pas moins d'une façon irréfutable que ce n'est pas dans les murs, ni dans le mobilier que réside l'agent le plus efficace de la propagation des maladies puerpérales.

Les années qui suivent ne fournissent pas de résultats beaucoup meilleurs. D'après les recherches non moins exactes que laborieuses de notre interne le docteur de Beurmann (1), pendant une période de sept années, commençant à l'époque de l'ouverture de l'hôpital et finissant le 31 décembre 1862, la mortalité a été de 1/15.

Tableau N° 1. — Première période.

Années.	Accouchements.	Décès.	Mortalité en dehors de la puerpéralité et de l'infl. nosocomiale.	Mortalité puerpérale.
1854....	46	1	»	1
1855....	467	45	6	39
1856....	522	33	4	29
1857....	708	39	2	37
1858....	593	44	2	42
1859....	776	64	3	61
1860....	652	49	2	47
1861....	732	47	2	45
	4496	322	21	301

En résumé, 4,496 accouchements ont été suivis de 322 décès (1/14) dont 21 sont imputables à des causes étrangères à la puerpéralité et à l'influence nosocomiale Il reste donc 301 morts pour 4,475 acccouchées, soit 1/15.

Toutefois, nous ferons remarquer que si le chiffre des décès par maladies étrangères à la puerpérale est proportionnellement moins élevé que dans les relevés de ces dernières années, c'est que les registres de l'hôpital, sur lesquels ces renseignements ont été recueillis par le docteur Beurmann, ne fournissaient pas d'autre mention au diagnostic que *fièvre puerpérale* ou *péritonite puerpérale*, quand bon

(1) De Beurmann. *Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux.* Thèse de Paris, 1877.

nombre de femmes ont dû succomber à d'autres causes. Il en existe donc de ce fait une surcharge dans les décès puerpéraux.

Dans une seconde période s'étendant du 1er janvier 1862 au 31 décembre 1873, la mortalité générale, d'après le même travail de Beurmann (1) tombe tout d'un coup à 1/35 et la mortalité principale à 1/43.

Tableau N° 2. — Deuxième période.

Années.	Accouchements.	Décès.	Mortalité en dehors de la puerpéralité et de l'infl. nosocomiale.	Mortalité puerpérale.
1862....	716	24	4	20
1863....	876	24	6	18
1864....	919	46	7	39
1865....	960	22	7	15
1866....	813	19	9	10
1867....	959	15	3	12
1868....	1091	20	3	17
1869....	1034	21	2	19
1870....	944	24	4	20
1871....	723	27	3	24
1872....	896	31	1	30
1873....	947	34	6	28
	10878	307	55	252

Ainsi, 10,878 accouchements ont fourni 307 décès (soit 1/35) dont il faut retrancher 55 qui ne sont imputables ni à la puerpéralité ni à l'influence nosocomiale. Il en reste donc 252 pour 10,823 accouchements, soit une mortalité puerpérale de 1/43.

A quelle cause attribuer cette différence plus grande de moitié, et presque de deux tiers avec la mortalité de la première période de 7 ans, comprise de l'ouverture de l'hôpital à la fin de l'année 1861, et la seconde période de 12 ans, faisant suite à la précédente, et que nous étudions actuellement.

Il s'agit toujours du même local avec plus de miasmes puisqu'il est plus vieux. L'installation matérielle est la même, ou plutôt en moins bon état, puisqu'elle est détériorée par le temps et l'usage ; le personnel constituant la clientèle d'hôpital n'a pas varié. Quel changement est donc survenu ?

Voici la réponse :

(*La suite dans un prochain numéro.*)

(1) De Beurmann. *Loco cit.*

REVUE GÉNÉRALE

LE PROCÈS DE L'IODOFORME.

Quand Serullas, pharmacien militaire, découvrit l'iodoforme en 1822, et après même que Bouchardat l'eût introduit dans la thérapeutique (1836), on aurait difficilement conjecturé que ce corps deviendrait un des engouements de la chirurgie contemporaine.

La poudre d'iodoforme, en effet, dans une période toute récente, et entre les mains d'un grand nombre de chirurgiens, est devenue un des éléments essentiels du pansement Listérien.

D'abord employée dans des circonstances bien déterminées, pour modifier des plaies de mauvaise nature, des ulcérations scrofuleuses rebelles, on est arrivé, en Allemagne, à s'en servir systématiquement dans le pansement de toute plaie fraîche, et à des doses vraiment aventureuses sans distinction de sujets, de nature ou d'étendue.

L'antisepsie parut, à la vérité, avoir fait une conquête de plus, bien que quelques voix isolées aient pu, dès le début, signaler les dangers d'érysipèle, d'eczéma, de phlegmon. Mais voici que des accusations d'une toute autre gravité se sont fait jour dans ces derniers temps : l'iodoforme est un poison violent dont la plupart des organes sont appelés à ressentir la funeste

influence, et la mort aurait été la conséquence de son emploi dans un nombre de cas relativement considérable.

Un *tolle* général s'est élevé au sein de la Presse allemande, dans le cours de ces derniers mois, et la précision, la conformité et la gravité des articulations sont de nature à leur donner le plus grand poids.

Il importe d'éclairer les chirurgiens français qui en seraient restés aux conclusions ressortant d'une récente discussion à la Société de chirurgie (décembre 1881) et à des témoignages tout de faveur et d'éloges, de nature à faire naître une fausse sécurité.

Déjà M. Le Dentu dans un travail d'hier (1), signalant quelques-uns des faits publiés en Allemagne, a donné l'éveil. Les conclusions d'un travail de Röhmer, en cours de publication (2), ne peuvent guère être pressenties. Une courte revue de la presse étrangère nous paraît œuvre d'intérêt majeur et de pressante actualité.

Kocher, de Berne, se signale au premier rang dans cette croisade contre l'iodoforme (3). Localement l'iodoforme vaut certainement l'acide phénique et l'acide salicylique, bien que les plaies susceptibles de se réunir par première intention n'aient qu'à bénéficier d'un emploi plus discret de ce topique. Mais les effets généraux de son absorption sont d'une telle gravité, ainsi qu'un nombre relativement considérable de faits peut en témoigner, que la thérapeutique chirurgicale a le devoir de le bannir à tout jamais.

Kocher n'a pas observé moins d'une vingtaine de cas d'intoxication à la suite de l'emploi de l'iodoforme ; il s'agit de phénomènes nerveux et psychiques des plus graves : excitation ou dépression mentale, insomnie, délire bruyant de paroles ou d'actions, hallucinations, tendance au suicide, perte de la mémoire, aphasie, contracture des membres. Paralysie de la vessie. Dénutrition.

Cet empoisonnement est beaucoup plus grave immédiatement après une grande opération qu'à la suite d'applications répétées ; il rappellerait l'empoisonnement chronique par le chloroforme, et différerait de l'intoxication iodée par l'absence de catarrhe, d'exanthème, de vertige.

Douze cas de mort, dans le cours de cette année, ont été rapportés par un petit nombre de chirurgiens ; mais c'est à 20 et 25 au moins, d'après Kocher, qu'il faudrait élever le chiffre du martyrologe de l'iodoforme. En conséquence, on doit absolument le rejeter des pansements journaliers. Le topique qui peut le mieux lui être substitué pour la similitude d'action et l'efficacité des résultats, c'est le sous-nitrate de bismuth.

A vrai dire, il n'y a rien d'imprévu dans les déboires qui ont suivi l'emploi d'un topique dont la chirurgie s'est emparée un peu à la légère comme d'une substance à effet généraux neutres ou indifférents. Logyes (4) a signalé, comme conséquences de l'emploi de l'iodoforme à l'intérieur, la production de dégénérescences graisseuses du cœur, du foie, des reins. Le système nerveux central subissait lui-même une impression qui se traduisait par les symptômes non équivoques d'une paralysie générale. Un effet narcotique manifeste était obtenu sur les chiens et les chats, mais non sur les lapins et les grenouilles. Pour l'auteur de ces expériences, ces effets nocifs de l'iodoforme étaient dus à la mise en liberté dans le sang de l'iode se combinant à l'albumine des globules.

Bing et Möller arrivent à peu près aux mêmes résultats (5) et admettent l'action toxique directe de l'iode sur les cellules nerveuses. La mort, précédée du vertige symptomatique de la paralysie générale, se signalerait par un abaissement considérable de la température ; des doses minimes font mourir des chiens en convulsions.

D'ailleurs des faits cliniques ont déposé dans le même sens (6). Dans les faits d'Oberlander, des phénomènes d'intoxication grave sont apparus à la suite de l'absorption de doses relativement faibles d'iodoforme : 42 grammes en 18 jours dans un cas, 5 grammes en 7 jours dans un autre. Cet auteur a observé un état comateux alternant avec des vertiges, du délire, de la céphalée, de la diplopie, des contractures des muscles de la face, des vomissements, le phénomène respiratoire de Cheyne-Stockes, se dissipant progressivement cinq ou six jours après la cessation du médicament.

Chiaramelli et Semmola n'ont signalé que des symptômes d'intolérance gastrique quand la

(1) Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers. Leçon faite à Saint-Louis, 1882.

(2) Pansement à l'iodoforme. *Revue de chirurgie*, 10 juillet 1882.

(3) *Central Blatt für chirurgie*, n°s 14 et 15, 1882.

(4) *Arch. für Exper. Patholog.*, septembre 1879.

(5) *Thérapeutique* de Nothnagel et Rossbach, 1880.

(6) *Poisoned by Iodoform.* — Tiffang. *St. Louis med. journal*, 1879-80. — Oberlander. *Poisoning by Iodoform. The Lancet*, 31 mai 1879.

dose dépassait 0 gr. 50 par jour, administrés dans les affections broncho-pulmonaires. Les essais récents faits en Allemagne d'injections sous-cutanées d'iodoforme dans la syphilis, semblent témoigner, la question thérapeutique réservée, de l'innocuité locale et générale des petites doses.

Max Schede, de Hambourg (1), à une analyse clinique des plus minutieuses, reconnaît différents degrés à l'intoxication iodoformique. Très fréquemment on observe des troubles légers, dont le plus caractéristique est une élévation de la température que ne justifient ni l'état local ni l'état général, et qui se manifeste après le premier pansement et quelquefois après chaque pansement. A un degré de plus le malade ressent un malaise général, il refuse la nourriture, son moral s'assombrit, le pouls s'accélère. Enfin la température à 40°, le pouls à 150-180, donneraient le change pour un accès de fièvre septicémique, si une bonne langue, une plaie parfaitement aseptique, et dans quelque cas même l'autopsie, par son caractère négatif, ne révélaient la véritable nature des accidents.

A l'issue des grandes opérations, le collapsus iodoformique est à redouter; dans le jeune âge, les accidents cérébraux simuleraient la méningite.

C'est en vertu de véritables idiosyncrasies que ces accidents se manifestent chez certains sujets, et dans des conditions de constitution et de tempérament qu'il est impossible de préciser. Le danger apparaît souvent alors qu'il est trop tard pour le conjurer; car les effets nocifs s'accumulent en silence pour faire soudain explosion, sans qu'on ait la certitude de les enrayer en suspendant le pansement.

Les conclusions de Max Schede sont moins absolues que celles de Kocher, bien que fort restrictives encore; dans les grandes plaies fraîches, l'iodoforme est à repousser absolument.

Lœftmann, de Kœnigsberg (2), publie deux cas de mort par manie aiguë à la suite de l'emploi de l'iodoforme. Il s'agit d'abord d'une femme de 40 ans, opérée d'un cancer du sein; 30 grammes d'iodoforme furent employés au premier pansement. Un certain malaise se montra dans les premières vingt-quatre heures. Le surlendemain, les urines contenaient de l'acide phénique et de l'iode; la malade présentait des symptômes psychiques alarmants : agitée, délirante, poussant des cris, elle arrachait son bandage et refusait toute nourriture. Sans reprendre jamais sa raison, elle mourait au neuvième jour d'épuisement. Pas d'autopsie.

Le second cas se rapporte à une femme de même âge, à qui on pratiqua l'ovariotomie. 20 grammes d'iodoforme porphyrisé recouvrirent la plaie péritonéale; la malade tomba peu après dans le collapsus; survinrent de la fièvre, du délire, de la dyspnée; elle mourait le quatrième jour. L'autopsie fit découvrir, à la vérité, des traces de péritonite.

Deux autres cas de mort sont de Czerny (3). Un jardinier de 62 ans était atteint d'une tumeur blanche du genou avec trajets fistuleux, dans lesquels on introduisit en quelques jours 40 grammes de poudre d'iodoforme; au huitième jour, il fut pris de délire, de fièvre et ressentit de violentes douleurs articulaires. La connaissance se perdit; il y avait de la raideur des muscles de la nuque, des contractures et des mouvements convulsifs disséminés des membres. La déglutition devint impossible; urines albumineuses, involontaires. Pouls à 140. Température à 40°. Symptômes de méningite de plus en plus accentués; mort par œdème pulmonaire. L'autopsie montra une injection notable des méninges, surtout à la base; leur épaississement par places; un cerveau congestionné. Il y avait du pus dans l'article; le foie était énorme; la rate un peu grosse. Pas d'abcès métastatiques signalés.

Dans le deuxième fait, il s'agit encore d'une opération de cancer du sein; l'autopsie montra bien qu'il y avait eu généralisation dans le foie, la plèvre costale, l'aisselle, mais aussi de l'injection de la pie mère, justifiant les symptômes insolites de méningite observés pendant la vie et attribués à l'action de l'iodoforme : agitation, coma, convulsions, paralysies localisées.

Kœnig, de Göttingen (4), analysant 32 cas d'intoxication iodoformique, dont 7 suivis de mort, trouve que l'âge agit comme cause prédisposante : c'est au delà de 50 ans que ces accidents sont surtout à redouter; de même, la débilité générale, les troubles cardiaques. En général, il faut qu'on ait employé plus de 10 grammes d'iodoforme, bien qu'on ait observé des accidents avec 1 gramme.

Les effets sont tardifs ou immédiats; une grande part revient certainement à l'iodoforme dans la mort rapide en collapsus à la suite des grandes opérations.

Chez les enfants surtout, les phénomènes observés confinent à la méningite. Un enfant est resté pendant six semaines dans un état demi-comateux à la suite de l'emploi toxique de 60 grammes d'iodoforme environ.

(1) *Chir. central Blatt*, n° 3, 1882; 20 janvier 1882.
(2) *Chir. central Blatt*, n° 7, 1882; 18 février 1882.
(3) *Wiener med. Wochenschrift*, 1882, n° 6.
(4) *Central Blatt für chir.*, n°s 7 et 8, 18 et 25 février 1882.

L'agitation iodoformique résiste à l'administration des narcotiques. Les troubles nerveux et psychiques, les hallucinations éprouvent un redoublement la nuit. La mémoire peut être pour longtemps compromise. La fièvre se manifeste en dépit de l'asepticité la plus complète.

Theodor Aschen Brand (1) signale la nocuité toute spéciale de l'iodoforme dans le pansement des plaies au voisinage des voies respiratoires. Sur trois chats, l'ablation de la parotide et des ganglions sous-maxillaires, et l'emploi du pansement à l'iodoforme, furent suivis de mort par pneumonie. Pour élucider le mécanisme, très vraisemblable déjà, de la mort dans ces circonstances, il faisait respirer à un chat, dans une cloche, des vapeurs iodoformées, et la mort s'ensuivait au bout d'une heure.

A l'autopsie, il constatait les signes d'une violente irritation des voies pulmonaires : rougeur des bronches et de la trachée, abondante sécrétion où l'iodoforme se laisse reconnaître en nature; les poumons rouges, carnifiés, allant au fond de l'eau.

Mosetig Moorhof (2) croit que le danger de l'iodoforme réside surtout dans l'emploi simultané de l'acide phénique. L'acide phénique absorbé s'oppose à l'élimination de l'iode, sans doute par le fait d'une néphrite phéniquée qui en retarderait la filtration glomérulaire. Et, en effet, tandis que l'iode apparaît dans l'urine le lendemain même d'un pansement iodoformé exclusif, ses réactions tardent jusqu'à trois jours à se montrer dans une urine rendue phéniquée presque sur l'heure par l'emploi d'un Lister.

Anton Bum (3) admet également que ce n'est pas l'iodoforme en nature qui tue, mais l'iode mis en liberté dans un sang dyscrasique. Les petites doses sont absolument inoffensives : dans un service de 100 lits, où ne se consomment pas plus de 300 grammes d'iodoforme par mois, aucun cas d'intoxication n'a été observé en quatre ans.

Les faits et les travaux qui précèdent sont loin de représenter tout le mouvement qui s'est fait dans ces derniers mois autour de cette question toute nouvelle des dangers de l'iodoforme (4); tels qu'ils sont, ils suffisent amplement pour justifier la sévérité du jugement porté par quelques chirurgiens, la réserve du plus grand nombre et l'appel à de nouvelles observations cliniques, prudentes et attentives, à l'aide desquelles il importe que la lumière soit faite, vive et prompte; il y va de l'avenir du pansement listérien et de la sécurité de la chirurgie.

R. LONGUET.

(1) *Deut. med. Woch.*, 1882, n° 8.

(2) *Chir. central Blatt*, 1882, n° 9.

(3) *Wiener med. Press*, 1882, n°s 7 et 8.

(4) Pfeilsticher (*Wurtemb. Corresp. Blatt*), page 69, 1882. — Faits de Görges, de l'hôpita Augusta, de Berlin. — Obalinsky (Cracovie). — Turbert (*Thérap. contemp.*, 1882, p. 193-198). — Behring (*Deutsch. med. Woch.*, n° 11, 1882).

JOURNAL DES JOURNAUX

Sur l'action physiologique et thérapeutique du muguet ou *convallaria maïalis.* — Les travaux de Troitzki et Boioiavlenski ont démontré expérimentalement l'action de cette plante sur le cœur dont elle ralentit et régularise les contractions, en élevant la pression artérielle et en activant la diurèse; ils ont même vu qu'à dose toxique, sur une grenouille, elle détermine une « contracture tétanique de la paroi ventriculaire. » Boioiavlenski traita par le muguet six malades atteints d'affections valvulaires non compensées et vit sous l'influence de ce médicament le pouls devenir plus régulier et plus lent, les stases sanguines disparaître, et l'émission de l'urine plus abondante. — Troitzki a observé que ce médicament est doué d'une action remarquable contre les palpitations nerveuses et contre toutes les asystolies tenant surtout à un défaut d'influx nerveux. Sous son influence, il a constaté la diminution des palpitations et de la dyspnée. — Le docteur Botkin, de Saint-Pétersbourg, a également mis en usage le convallaria maïalis et en a obtenu de bons résultats dans un cas de névrose du cœur, caractérisé par des accidents d'angor pectoris qui avaient résisté à tous les traitements.

Enfin, l'année dernière, tous ces succès ont été encore confirmés d'une façon précise par le docteur d'Ary (*Therapeutic Gazette*, de Détroit) qui, à la suite d'un voyage en Russie, eut l'idée d'expérimenter à son tour cet ancien médicament. Cet auteur regarde le convallaria maïalis comme un régulateur des fonctions cardiaques, un tonique et un calmant du cœur, et un diurétique constant. Il a, selon lui, les mêmes avantages que la digitale sans en présenter les dangers, et on peut l'administrer longtemps sans craindre, comme pour la digitale les symptômes d'intolérance qui résultent des effets accumulateurs de cette dernière substance. En raison du pouvoir sédatif et tonique que la teinture de convallaria exercerait sur le système nerveux,

le docteur d'Ary en recommande aussi l'emploi dans le nervosisme, certaines insomnies, l'hystérie, les accidents nerveux de la dentition, le tic douloureux et les névralgies.

Enfin, le docteur d'Alfoyef, médecin militaire russe, ayant eu recours au convallaria dans un cas d'hydropisie d'origine cardiaque chez un malade atteint de dégénérescence graisseuse du cœur, a vu sous son influence les urines devenir plus abondantes, le pouls plus fort et plus régulier, etc. Il ajoute que le médicament excite la diurèse par suite de la stimulation qu'il exerce sur le cœur et de l'élévation de la pression sanguine. (*Vratch*, 1880. — Travail d'Ary analysé dans le *Journal de thérapeutique*, 1881, page 939).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 août 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance officielle comprend : l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Gariel comme membre titulaire dans la section de physique et de chimie, en remplacement de M. Briquet.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Gariel prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Potain pour la section de médecine.

2° Des lettres de remercîments de MM. les docteurs Théophile Anger, Bélugon, Badal, Duponchel, Vincent, Liénard, lauréats de l'Académie.

3° Une lettre de M. le docteur Vincent (de Guéret), qui maintient sa candidature au titre de membre correspondant de l'Académie.

—

M. Jules Guérin dépose : 1° un pli cacheté, au nom de M. le docteur Larbès, de Cauterets. (Accepté.) — 2° Au nom de M. le docteur Girault, une brochure intitulée : *Conseils aux jeunes mères, aux nourrices et aux sages-femmes* pour éviter la mortalité fréquente chez les enfants en bas âge. — 3° Au nom de M. le docteur Marquez (d'Hyères), une note manuscrite sur la valeur de la cautérisation ponctuée dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire.

M. Guéniot présente, au nom de M. le docteur Giberton-Dubreuil, de Jouy-en-Josas, une note manuscrite relative à l'allaitement artificiel.

M. Gavarret présente, au nom de M. le docteur Bouchacourt (de Lyon), une série de brochures sur divers sujets de chirurgie et d'accouchements; — et au nom de M. le docteur de Wecker, un appareil que l'auteur désigne sous le nom d'*astigmomètre*, et qui est destiné à mesurer le degré de l'astigmatisme.

M. Gueneau de Mussy (Noël) présente, au nom M. le docteur Ernest Hart, rédacteur en chef du *British medical journal* : 1° un travail intitulé : *Rapport préliminaire et étude sur les résultats de la vaccination avec le vaccin de génisse.* — 2° Un second travail relatif à l'influence du lait sur la propagation des maladies zymotiques.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. Lailler, pharmacien, une note manuscrite sur la poudre de graine de lin inaltérable.

M. Hervieux présente, au nom de M. le docteur René Briau, bibliothécaire de l'Académie, une brochure intitulée : *Un médecin de l'empereur Claude.* (Extrait de la *Revue archéologique.*)

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Coriveaud (de Blaye), un opuscule intitulé : *Hygiène de la jeune fille.*

M. Brouardel présente, au nom de M. le docteur Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, une brochure *Sur les tatouages.*

—

M. le Président annonce la mort M. Pidoux. Sur son invitation, M. Dujardin-Beaumetz lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Pidoux.

—

M. Hardy présente une jeune fille qui offre sur les diverses parties du corps de nombreuses taches pigmentaires couvertes de poils. La mère de cette jeune fille présente elle-même une tache semblable sur le bras gauche.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'allaitement artificiel, à l'occasion de la communication de M. Parrot.

M. Bouchardat insiste d'abord sur les caractères communs au lait de femme et au lait d'ânesse. De tous les laits examinés, ce sont les plus alcalins. Le lait de vache est souvent acide à Paris, ce qui doit tenir à l'abus que l'on y fait de la drèche pour alimenter les vaches laitières.

Le lait de chèvre est encore un peu plus franchement acide, et cette acidité détermine, chez les enfants, des diarrhées alimentaires qui conduisent à l'athrepsie et deviennent promptement fatales.

Le lait d'ânesse varie très peu, quelle que soit l'alimentation, et c'est là un grand avantage. Les glandes mammaires de la femme et de l'ânesse se laissent facilement traverser par des produits d'excrétion, tels que l'urée, qu'on trouve en quantité beaucoup moindre dans le lait des autres animaux. On doit attribuer en partie les beaux résultats obtenus dans la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés, à l'isolement des enfants dans un pavillon spécial. M. Bouchardat insiste pour que cet isolement devienne le plus complet possible pour tous les enfants atteints de rougeole et de diphthérie.

Dans cette nourricerie, on n'a employé le lait d'ânesse que sur des enfants âgés de moins de six mois, la période de la vie où il est le plus incontestablement utile ; peut-être, plus tard, le lait de chèvre vaudrait-il mieux, car le lait de femme devient plus riche en graisse dans les derniers mois du nourrissage et s'éloigne par conséquent, à ce point de vue, du lait d'ânesse. C'est à l'expérience à prononcer.

—

M. Auguste Voisin lit un mémoire dans lequel il s'attache à établir que les idées de suicide chez les aliénés sont liées à des *troubles fonctionnels* et à des *lésions* qui siègent dans les parties les plus internes des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales, et que de plus les impulsions dangereuses au suicide, à l'homicide, aux actes violents, ont leur origine dans ces circonvolutions.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Les considérations dans lesquelles je suis entré au sujet de l'idée de suicide sont, en somme, en concordance avec l'opinion qui a cours aujourd'hui sur la réunion dans les mêmes circonvolutions des centres psychiques et moteurs.

2° La rapidité des actes impulsifs est encore une preuve de la relation intime qui lie la pensée à la manifestation extérieure et inconsciente et du siège dans une même partie de l'écorce cérébrale de centres psychiques et de centres moteurs, et il semble que la soudaineté des actes impulsifs s'explique par la transmission à des cellules motrices par l'intermédiaire des fibres nerveuses du reticulum, de l'irritation des cellules sensitivo-psychiques avoisinantes.

3° La clinique et l'anatomie pathologique se sont accordées dans un certain nombre de cas, pour m'autoriser à localiser l'idée de suicide et l'impulsion au suicide dans un territoire de l'écorce cérébrale correspondant à la région bregmatico-iniaque et situé dans la partie la plus interne des circonvolutions frontales ascendantes, des premières et deuxièmes circonvolutions pariétales et dans les lobules pariétaux, c'est-à-dire dans les parties moyennes et internes des hémisphères cérébraux. (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Vulpian, Blanche et Luys.)

—

M. le docteur Félizet lit un travail intitulé : *De la guérison de la glycosurie et du diabète par le bromure de potassium.* L'auteur dit que sa communication a pour base des recherches commencées il y a six ans sur la glycosurie et le diabète sucré, et sur quinze observations soigneusement suivies. L'auteur donne le bromure à la dose de 4 grammes par jour.

Dans les 15 cas de diabète qu'il a observés et suivis, il n'a pas prescrit le régime alimentaire classique : diète amylacée, pain de gluten, etc., étant d'avis que la maladie consiste, non pas dans l'acte d'uriner du sucre, mais dans le désordre de l'organisme qui produit du sucre en excès.

Il a toujours insisté sur la nécessité de l'exercice musculaire; la gymnastique et surtout l'escrime avec ses grands développements de force, lui ont paru supérieurs sans comparaison à tout autre travail.

L'usage des alcalins, et suivant les indications de l'état général, le fer, l'arsenic et le quinquina font généralement partie du traitement.

—

M. Polaillon lit un rapport sur la réduction des luxations anciennes de l'épaule après la section sous-cutanée des adhérences. Une observation de M. le docteur Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, fournit à M. le rapporteur l'occasion de soumettre au juge-

ment de l'Académie un procédé très oublié, s'il n'est nouveau, pour obtenir la réduction de ces anciennes luxations.

Pour fixer les idées sur le manuel opératoire, M. Polaillon propose, en terminant, les règles suivantes :

Lorsqu'une luxation ancienne ou même récente de l'épaule a résisté a une extension de 100 à 150 kilog., suivant la force du sujet et pendant la résolution musculaire produite par le sommeil anesthésique, il est indiqué d'avoir recours à la section des adhérences.

Cette section doit être faite par la méthode sous-cutanée et avec les précautions antiseptiques.

Après avoir fait un trajet à travers le deltoïde avec un ténotome pointu, depuis l'acromion usqu'à la tête humérale, on glisse un long ténotome mousse entre la face antérieure de cette tête et le muscle deltoïde, et l'on coupe contre l'os tous les tissus fibreux ; puis on retire un peu l'instrument pour le glisser en arrière de la tête humérale et couper en ce point les tissus fibreux. Cela fait, on contourne d'un côté à l'autre l'extrémité supérieure de l'humérus et on détruit la plupart des brides supérieures.

Si le sujet est dans de bonnes conditions et que des accidents consécutifs ne soient pas à redouter, on peut, d'après la manière de Diffenbach et de M. Mollière, exécuter séance tenante les manœuvres de réduction. Dans le cas contraire, on attend deux ou trois jours que la plaie cutanée soit cicatrisée ; on exerce les tractions pendant la chloroformisation, et si la luxation ne se réduit pas, on peut la considérer comme au-dessus des ressources de l'art.

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR, par le docteur E. LAMARRE (de Saint-Germain-en-Laye). Broch. in-8° de 164 pages. Chez G. Masson, éditeur. Paris 1882.

L'auteur de cet intéressant et consciencieux travail a raison de dire que le rôle du système nerveux dans le développement et dans l'évolution des cardiopathies est considéré comme l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie. On ne saurait donc trop le féliciter d'avoir eu le courage d'entreprendre ce travail, et d'avoir eu aussi le rare bonheur de le mener à bonne fin.

Après avoir parfaitement résumé la physiologie de l'innervation cardiaque, il passe rapidement à la pathologie : il étudie les maladies du plexus cardiaque, l'influence des altérations des centres nerveux sur le cœur, des affections des plexus pulmonaire, solaire, rénal, hypogastrique des vaso-moteurs sur le cœur, et dans un dernier chapitre, renversant les termes du problème, il accorde une mention aux phénomènes réflexes que les maladies organiques du cœur produisent sur le plexus cardiaque. Cette étude qui n'avait jamais été ainsi abordée dans une vue d'ensemble, est présentée d'une façon agréable et attrayante pour le clinicien ; elle sera certainement lue avec intérêt et profit par tous les médecins qui s'intéressent à la pathologie cardiaque.

Notre savant ami, le docteur Lamarre, a donc fait une œuvre très utile ; comme il n'est pas douteux que son intéressant travail ait une seconde édition, nous espérons qu'il voudra bien compléter ses recherches, donner des développements nouveaux aux affections du plexus cardiaque. La *névrite cardiaque*, découverte en 1864 par M. Lancereaux, n'a pas encore dit son dernier mot, malgré des travaux importants ; à ce sujet, nous ne saurions trop recommander la lecture d'une thèse inaugurale de Paris par Loupias qui, dès 1865, posait bien nettement, par ces trois conclusions, les termes de la question :

1° L'angine de poitrine symptomatique est une simple conséquence de lésions inflammatoires voisines du plexus cardiaque ;

2° L'inflammation du plexus cardiaque rend parfaitement compte des phénomènes propres à l'angine de poitrine ;

3° Soit qu'on veuille prévenir les accès, soit qu'on veuille les calmer, on doit avoir recours à un traitement antiphlogistique.

Cette thèse, dont on fait à peine mention dans les ouvrages de pathologie ou de clinique, nous a toujours paru si intéressante, elle résume si bien tout ce que l'on sait de nos jours sur la névrite cardiaque, que nous n'avons pu céder au désir de la signaler à l'attention des lecteurs. — H. HD.

Des températures générale et locale dans les maladies du coeur, par G.-L. Sabatier, docteur en méd. de la Faculté de Montpellier (Un vol. grand in-8° de 160 pages. Paris, chez J.-B. Baillière, 1881.)

Travail très consciencieux et bien fait. Mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'étude de la thermométrie locale n'a pas donné toutes les promesses qu'elle avait fait naître tout d'abord. L'auteur de cette monographie ne dit-il pas lui-même, dans ses conclusions, que « la thermométrie locale donne très souvent des résultats contradictoires à cause de l'imperfection des moyens d'exploration ? » Néanmoins M. Sabatier, après avoir étudié l'état des températures locale et générale dans la péricardite, l'endo péricardite, l'endocardite, l'hypertrophie et l'arythmie cardiaque, arrive à nous démontrer que parfois l'exploration de la chaleur à la région précordiale peut éclairer le diagnostic. En résumé, mémoire intéressant et qui dénote une grande somme de travail. — H. HD.

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par Vanlair, professeur à l'Université de Liège. Un vol. grand in-8° de 347 pages. 2e édition. Bruxelles, chez Manceaux, éditeur ; et Paris, chez A. Delahaye, 1882.

Les additions sont si importantes et si nombreuses qu'elles ne constituent pas, à proprement parler, une seconde édition, mais un livre nouveau dont on ne saurait trop louer l'esprit clinique. Après avoir passé en revue les symptômes et les formes principales des névralgies, le savant auteur arrive à leur traitement pour lequel il consacre près de 250 pages. Toutes les médications sont soigneusement étudiées, et nous ne saurions trop recommander la lecture de ce volume qui constitue, depuis le Traité des névralgies de Valleix, la monographie la plus complète, la plus importante et la plus pratique qui ait été écrite sur ce sujet.

H. HD.

Etude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, par A. Chauffard. (Thèse inaugurale de Paris. Brochure grand in-8° de 108 pages; Paris 1882. Chez J.-B. Baillière.)

L'auteur montre par d'assez nombreux exemples que l'estomac peut être le siège, dans le cours de la fièvre typhoïde, de lésions inflammatoires multiples et plus ou moins profondes (lésions de la région sous-glandulaire, abcès miliaires, lésions vasculaires, ulcérations). Les diverses déterminations gastriques de la fièvre typhoïde ont pour signes principaux : les vomissements, la douleur épigastrique, la douleur sur le trajet des pneumogastriques, parfois l'élévation locale de la température épigastrique. — H. HD.

COURRIER

Clinique médico chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Joffroy, professeur agrégé, suppléant M. le professeur G. Sée, a commencé ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 9 août à 10 heures, et les continuera les *samedis* et *mercredis* suivants à la même heure.

M. le docteur Richelot, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Richet, a commencé ses leçons cliniques le samedi 5 août, et les continuera les *mardis* et *vendredis* suivants (et non les samedis, comme nous l'avions annoncé).

Maisons mortuaires. — Il y a deux ans environ, le Conseil municipal a approuvé le principe de la création, dans Paris, de maisons mortuaires.

Cette création est fondée sur les motifs suivants :

Beaucoup de familles d'ouvriers n'ont qu'une seule pièce comme habitation, et il arrive souvent que, dans cette chambre unique, habitent six ou huit personnes. Dans de telles conditions, en cas de décès par suite de maladie contagieuse, outre qu'il est pénible, pour les membres de la famille, de cohabiter à côté du décédé, il y a encore un danger réel, l'enlèvement du corps n'ayant quelquefois lieu que cinquante heures après le décès.

Pour obvier à ces inconvénients, le Conseil municipal invita la préfecture de la Seine à étudier les voies et moyens de créer, à Paris, des chambres mortuaires destinées à recueillir les corps jusqu'au moment de l'inhumation, telles qu'il en existe déjà en Allemagne, en Belgique, en Angleterre et dans quelques autres contrées.

L'administration municipale vient de terminer les études commencées par le Conseil. Elle propose de construire trois maisons mortuaires d'un modèle très simple, à l'intérieur ou à

proximité des trois grands cimetières du Nord, de l'Est et du Sud. Les corps y seraient transportés, puis dirigés de là soit sur le cimetière voisin, soit vers l'un des cimetières extra-muros.

D'après la répartition proposée, la maison mortuaire du Nord recevrait les corps des Ier, IIe, VIIIe, IXe, XVIIe et XVIIIe arrondissements; celle de l'Est, ceux des IIIe, IVe, XIe, XIIe, XIXe, et XXe arrondissements, et le surplus serait dirigé sur la maison mortuaire du Sud.

On estime le prix de construction d'une maison mortuaire à 80,000 fr. L'entretien annuel, frais de garde, éclairage, etc., reviendra à 287,000 fr. par an. A cette somme, il faudrait ajouter la fourniture de cercueils doubles, parce que la bière en usage pour les inhumations des indigents ne présente pas des conditions de solidité suffisante pour le double transport de la maison au dépôt, et du dépôt au cimetière.

Il y aura à compter, de ce chef, sur une dépense annuelle de 27,000 francs.

Les médecins devant les tribunaux. — En octobre 1880, M. R..., marchand de bois à Belleville, se fait une fracture à la jambe compliquée de plaie, pour laquelle il reçoit les premiers soins de M. le docteur Tissot habitant la même ville.

A la demande d'honoraires introduite par notre confrère, M. R..., sur le conseil, dit-on, d'un sieur T..., médecin à Mâcon, formule une demande reconventionnelle de 10,000 francs de dommages-intérêts, basée sur l'oubli ou ignorance de toutes les règles de l'art, en pariculier sur l'emploi du perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie.

Sur le rapport de MM. les docteurs Bron, Levrat et B. Tessier, de Lyon, commis par le tribunal à titre d'experts, lequel faisait justice des accusations dirigées contre le docteur Tissot, M. R... offre de payer les honoraires (301 fr.), tous les frais du procès et de se désister de sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

M. le docteur Tissot sans accepter lesdites offres, demande à R... 5,000 fr. d'indemnité pour le préjudice causé, la suppression comme diffamatoires des conclusions notifiées par R..., et enfin une certaine publicité du jugement à intervenir.

Le tribunal civil de Villefranche, jugeant en premier ressort, en son audience du 10 mars 1882, condamne R... à payer au docteur Tissot la somme de 301 francs pour les soins qu'il lui a donnés, déclare mal fondée la demande reconventionnelle de R... contre Tissot, condamne R... à payer au docteur Tissot, avec intérêts du jour de la demande, la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts, et à tous les dépens, lesquels comprendront les frais et honoraires de l'expertise.

— Devant un autre tribunal, celui de Château-Chinon, s'est déroulé un procès dans lequel étaient en cause deux confrères, exerçant la médecine à Saint-Honoré-les-Bains.

Un illettré M... est envoyé à cette station avec une carte de visite d'un médecin de la Côte-d'Or le recommandant aux soins de M. le docteur O... Un conducteur d'omnibus conduit M... chez le docteur B..., propriétaire d'un hôtel, qui garde la carte de visite et le malade.

Le docteur O..., mis au courant de cet incident, est naturellement peu satisfait de la conduite du docteur B..., l'interpelle vivement sur la voie publique, et lui jette à la face une épithète plus que vive.

B... voyant dans ce fait une injure grave à sa personne, et un préjudice considérable à ses intérêts, traduit son confrère devant le tribunal correctionnel pour s'entendre condamner aux peines et amendes édictées par la loi de 1819, et à 10,000 fr. de dommages-intérêts.

Le tribunal, sur la demande de l'avocat de O..., et sur les conclusions conformes du ministère public, condamne le docteur B... aux frais et le déboute de sa demande en dommages et intérêts.

Peu satisfait de l'issue de son procès, le docteur B... en appelle à la cour de Bourges, qui confirme de tous points le jugement du tribunal de première instance. (*Lyon médical.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 12 août 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Suite du mémoire sur la faradisation utérine, par M. Mathelin. — 2° Note sur le permanganate de potasse comme antidote du venin des serpents, par M. de Gomensoro (de Rio-Janeiro). — 3° Rapport de M. Onimus sur la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le docteur Guiter (de Cannes).

Nota. — La séance de réouverture aura lieu, après les vacances, le 14 octobre.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

STATISTIQUE DU SERVICE DES FEMMES EN COUCHES DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE [1];

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 23 juin 1882,

Par le docteur F. SIREDEY.

La mémorable discussion de l'Académie en 1858 sur la fièvre puerpérale commence à porter ses fruits. L'idée de contagion portée à la tribune s'est répandue dans l'esprit des médecins. Il est reconnu que la femme en couches constitue un foyer d'infection. Il est donc rationnel de la séparer des accouchées valides. Or, précisément au début de l'année 1862, Duplay père, un de nos prédécesseurs dans le service, pour ne pas laisser pêle-mêle dans la même salle les accouchées malades avec les valides, a pris l'initiative d'évacuer et de disperser les malades dans les salles de médecine de l'hôpital. Cette mesure bien simple cependant, mais que jusqu'alors personne n'avait prise, a suffi pour obtenir le résultat d'une diminution de deux tiers dans la mortalité.

En 1872, quand je pris la direction du service, je suivis les errements de mes prédécesseurs, et pendant deux ans, la mortalité a été exactement la même que celle de l'année précédente.

Cependant, des modifications considérables avaient été apportées dans l'organisation du service médico-chirurgical de la Maternité, grâce à l'active campagne entreprise et poursuivie avec opiniâtreté par notre ami Tarnier depuis 1857.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Médecine et journalisme. — 1871 et 1882. — La médecine à Alexandrie. — La Croix-Rouge en Égypte. — Hystérie et comédie. — Le mystère de la Belle au bois dormant dévoilé. — Médecin sans le savoir. — Mystère et accouchement. — Hystérie et chandelle. — Le clou du jour. — Souvenirs et regrets.

Avez-vous lu dans les feuilles multicolores, dont chacune, plus ou moins, se croit le porte-voix autorisé de l'opinion publique, avez-vous remarqué les observations prétendues médicales de quelques journalistes, tout à coup improvisés membres de la confrérie d'Esculape ? Depuis deux mois, la neuropathologie a émigré des revues spéciales dans un autre domicile. Et tout cela, à propos d'une hystérique endormie, simulatrice vraisemblablement ! Vraiment un tel tapage devait suffire pour la tirer du sommeil si elle eût été réellement assoupie. Singulière idée de parler médecine entre le récit des exploits de nos Alphonses de faubourgs et le menu quotidien de la cuisinière Babet !

***

Cette histoire avait pris place entre le portrait d'Arabi pacha, par des gens qui ne l'ont jamais vu, même en photographie, et les émouvants épisodes du bombardement d'Alexandrie. A ce propos, j'ouvre une parenthèse et je débarque en Egypte pour rendre hommage au dévouement des médecins français de l'hôpital européen de cette malheureuse ville.

Dans sa thèse inaugurale (1) tant de fois citée dans le cours de la discussion académique de 1858, et depuis par tous ceux qui se sont occupés de l'hygiène des femmes en couches, il avait l'un des premiers mis en lumière l'influence de la contagion, alors qu'elle était à peine entrevue par quelques-uns, et contestée par le plus grand nombre.

L'année suivante, dans un mémoire (2) que l'on peut considérer comme le corollaire de son premier travail, il indique les mesures à prendre pour prévenir le développement des maladies puerpérales dans les hôpitaux.

Mais ce n'est que plus tard qu'il obtient un commencement de satisfaction. Ainsi, en 1867, quand il entre comme chirurgien en chef à la Maternité, l'unique interne de l'établissement, va encore, comme par le passé, de l'infirmerie dans le service d'accouchement sans précaution aucune contre la transmission de la maladie, et les élèves sages-femmes continuent de donner indistinctement leurs soins soit aux malades de l'infirmerie, soit aux femmes en travail ou récemment accouchées et bien portantes. Avec l'interne elles assistent même aux autopsies, et retournent immédiatement après dans la salle d'accouchement.

En 1870, lorsqu'il était déjà depuis trois ans chirurgien de la Maternité, et qu'il n'avait cessé de réclamer à l'Administration les réformes qu'il croyait utiles, Tarnier obtint enfin la séparation complète des services d'accouchement et de l'infirmerie, avec chacun un personnel distinct, ne devant avoir l'un avec l'autre aucun rapport.

Enfin, poursuivant avec opiniâtreté l'idée de contagion dans ses dernières conséquences, il obtient la création d'une maternité à chambres isolées, où les résultats dépassent ses espérances. Ainsi, d'après les chiffres qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer, sur 1,154 accouchements qui ont eu lieu dans son pavillon, depuis son ouverture jusqu'au 14 mars 1882, 6 femmes seulement ont succombé, soit 1/192.

De son côté, Hervieux ne reste pas inactif. Frappé des inconvénients qui résultent de l'encombrement, il obtient que le chiffre de 2.000 accouchements descende à 1,000 ou 1,200. Il reconnaît la nécessité de séparer au plus tôt les malades des

(1) Tarnier. *De la fièvre puerpérale.* Thèse inaugurale, 1857.

(2) Tarnier. *De la fièvre puerpérale observée à la Maternité*, 1858, p. 102 et 103. J.-B. Baillière, éditeur.

On est toujours certain, dans les actes de dévouement, de trouver un médecin et un français. Je m'en honore pour notre confrérie et j'en suis fier pour ma patrie. Ce sentiment, chers lecteurs, est aussi le vôtre. Saluons donc, si vous le voulez bien, ces courageux confrères. Au premier coup des canons anglais, ils ont pris le poste du dévouement, au milieu des quatre-vingt-deux orphelins réfugiés dans l'hôpital, des soixante malades alors en traitement et du nombreux personnel des sœurs de charité, ils ont subi les horreurs du bombardement. Grâce à leur fermeté, l'établissement a été protégé du pillage et de l'incendie, mais il ne l'a pas été contre les projectiles.

Le drapeau de la *Croix-Rouge* n'a été respecté, ni par les artilleurs musulmans, ni par les obus des cuirassés. Cet acte de vaillance est donc aussi une énergique protestation. C'est de la morale en action. Elle vaut bien assurément la morale en paroles des humanitariens de la plume et des philanthropes en chambre.

***

Je voudrais fermer ici ma parenthèse. Je me rembarque donc et je rentre dans Paris. Mais ce dévouement professionnel évoque un douloureux souvenir. Que M. de Bismarck ait fait époque en 1871? Soit : tant pis pour ses imitateurs de 1882. En tout cas, les médecins de la Salpêtrière, de la Pitié, de Necker, des Enfants assistés, du Val-de-Grâce, de la Maternité, ont fait exemple. Il est bon à cette heure, il est patriotique de rappeler aux oublieux, trop nombreux, hélas! les nobles et vigoureuses protestations de MM. Charcot, Brouardel et autres chefs de service de ces hôpitaux alors bombardés.

La voix brutale des batteries de Châtillon fut la seule réponse de la vertueuse Allemagne. Elle couvrit celle de ces savants et de ces patriotes; le crime de lèse-humanité ne s'en

accouchées valides, et il tient la main à ce que son interne ne s'occupe que du service de l'infirmerie, et ne se livre à aucun travail d'anatomie pathologique. Aussi l'application consciencieuse de toutes les nouvelles mesures produit les résultats suivants : la mortalité, qui pendant les cinq premières années de l'exercice de M. Hervieux (1860 à 1865) était presque de 13 p. 100, et pendant les sept années suivantes (1865 à 1871 inclusivement) de 5.34 p. 100, descend, à partir de cette époque, à 2 p. 100 environ (1).

De même les mesures instituées à la Pitié par Empis, dans le but de maintenir aussi salubre que possible la salle d'accouchements par une aération pour ainsi dire incessante et par l'admission d'un moins grand nombre de femmes en couches, pour éviter l'encombrement, avaient heureusement modifié les résultats, jusqu'ici déplorables, du service d'accouchement de cet hôpital.

Instruit par ces exemples, et par quelques faits de contagion que nous avions observés tant à l'hôpital (2) qu'en ville (3), nous ne pouvions mieux faire que de suivre la voie tracée par nos collègues de la Maternité et de la Pitié.

(1) Hervieux. Compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, séance du 9 août 1872.

(2) J'ai vu plusieurs cas de septicémies graves, affectant la marche foudroyante, survenir chez des femmes jouissant d'une santé parfaite, et accouchées naturellement, mais qui avaient été touchées pour être admises, ou délivrées, par un interne sortant de l'amphithéâtre ou d'une salle de chirurgie. Deux fois entre autres, après un accouchement des plus simples n'ayant donné lieu à aucun incident, la délivrance avait été faite par un interne, candidat à l'adjuvat, tout occupé à la préparation des pièces anatomiques. Dans les deux cas, les accidents de septicémie s'étaient montrés le jour même et la mort avait été des plus rapides.

(3) J'ai été appelé à Argenteuil, par les docteurs Dourlent et Bridon, pour une jeune femme accouchée depuis trois jours, et qui succombait le lendemain de notre consultation. C'était, depuis trois semaines, le cinquième décès survenu dans la clientèle d'une même sage-femme, alors que les médecins et les autres sages-femmes ne comptaient pas une seule malade dans toutes leurs accouchées.

De même à Meaux, en 1875, j'ai vu avec le docteur Dufraigne une femme qui succombait quelques heures après notre visite. En m'enquérant des conditions étiologiques de la maladie, j'appris qu'il régnait dans la ville une épidémie sévissant sur les femmes en couches et que plusieurs avaient déjà succombé. A ma prière, le docteur Dufraigne voulut bien faire une enquête, et voici la substance des renseignements très explicites que je dois à son obligeance : Depuis vingt-six ans qu'il exerce la médecine dans la ville de Meaux, il n'a jamais vu mou-

accomplit pas moins froidement et avec préméditation. Les sceptiques du cosmopolitisme scientifique peuvent sourire. Soit; mais il n'en est pas moins heureux et honorable pour l'humanité de voir de tels actes faire exemple. Ils resteront toujours pour la France et pour leurs auteurs des titres de gloire, à la fois douloureux et impérissables!

***

Je m'arrête après m'être trop attardé, peut-être, dans les chemins de traverse. Je reprends donc la grande route d'Epidaure, c'est-à-dire de l'hôpital Beaujon, et j'en reviens à cette femme qui pendant quarante jours a su jouer à la Belle au bois dormant.

Son histoire serait, en effet, féerique, merveilleuse, digne des contes de Perrault, si j'avais foi aux racontars fantastico-scientifiques des chevaliers des faits divers.

Mystère et catalepsie! mystère et léthargie! mystère et extase! mystère et somnambulisme! mystère et accouchement! mystère et anesthésie somnolente! *Anesthésie somnolente!!!* O Molière! que n'es-tu encore vivant pour écrire ce type comique que tu as omis, ce type nouveau du *Médecin sans le savoir!*

Ces mystères ont tout fait oublier. Nos chroniqueurs n'escaladent plus les Pyramides, les Egyptiens sont des mythes; M. de Lesseps est un inconnu et nos tristes divisions politiques ont disparues. Que de mystères! Il y en a plus dans toute cette affaire que dans l'antique liturgie d'Isis et d'Osiris ou dans la religion de l'Eléphant blanc.

Vous avez pu remarquer aussi le chaste silence de la Presse médicale. Cette discrétion avait sa raison d'être et sa sagesse. Aujourd'hui il n'en est plus de même et le mystère est dévoilé au yeux des plus naïfs.

***

Nos prédécesseurs avaient donc déjà porté remède à la contagion qui pouvait naître directement des femmes malades en les évacuant des services d'accouchement, soit pour les faire passer, comme à la Maternité, dans une infirmerie spéciale, soit comme dans les hôpitaux généraux en les disséminant dans les services de médecine. Mais si cette mesure était bonne pour prévenir la propagation de la maladie dans la salle d'accouchement, elle n'était pas sans inconvénient pour les accouchées que l'on transportait dans une salle de médecine, au milieu des malades de toute espèce, où en raison de la réceptivité spéciale à l'état puerpéral, elles étaient exposées à contracter les maladies contagieuses qui pouvaient s'y rencontrer. De plus, l'intallation matérielle insuffisante et l'inexpérience des gens de service ne leur assuraient pas toujours les soins nécessaires. Enfin, d'autre part, le voisinage de femmes en couches malades n'était pas non plus sans danger pour les autres malades qui se trouvaient dans la même salle.

Frappé de ces inconvénients, j'obtiens d'abord de l'administration la création d'une crèche de huit lits où les accouchées malades étaient transportées avec leur enfant dès l'apparition du premier symptôme grave. Mais en remédiant à l'inconvénient qui résultait pour les malades des services de médecine, de la présence au milieu d'elles, de femmes en couches, les conditions que créait à celles-ci l'agglomération dans une petite salle du rez-de-chaussée, mal éclairée, mal ventilée et où manquaient à peu près toutes les conditions de l'hygiène la plus élémentaire, étaient peut-être plus défavorables que leur dispersion dans les salles de médecine. A la crèche, en effet, se trouvaient pêle-mêle chez les mères, les péritonites, les phlegmons péri-utérins suppurés ou non, avec l'ophthalmie purulente, l'érysipèle de la région ombilicale, la diarrhée, etc., chez le nouveau-né.

Ces diverses affections exercent les unes sur les autres une influence fâcheuse, et trop souvent nous avons vu s'aggraver sous nos yeux dans ce milieu délétère un état pathologique qui s'annonçait au début avec des apparences bénignes. Nous avons signalé à l'administration les conséquences déplorables d'une installation si défectueuse, et nous avons pu, après des réclamations incessantes, et grâce à la

rir de femme en couches que celles qui ont subi des manœuvres criminelles ou des opérations obstétricales graves. Or, depuis le 21 mars au 25 mai, sur 44 femmes accouchées par la même sage-femme, 20 furent malades à différents degrés et 5 succombèrent. Tandis que pendant cette même période, et jusqu'à la fin de l'année, pas un seul cas de maladies puerpérales n'a été observé dans la clientèle d'aucun médecin, ni d'aucune autre sage-femme de la localité.

Le cas est assurément singulier, et cette névropathe a donné un bel exemple de la puissance simulatrice dont elle même et ses semblables en hystérie sont quelquefois capables. Aujourd'hui donc la dormeuse ne dort plus. Bon gré mal gré les amateurs de curiosités cérébrales sont contraints d'avouer que ce long acte en quarante jours a un dénoûment qui lui méritera tout au plus le titre banal d'hystérie et comédie.

Ces terribles révélations se réduisent donc à l'héroï-comédie d'une hystérique devenue en puissance de grossesse, bien que n'étant pas en pouvoir de mari, et atteinte à un haut degré de cet état morbide de la volonté auquel M. le docteur Huchard donne le nom si heureux de *neurataxie*, dans son récent *Traité des névroses*.

Rencontrée sur la voie publique et conduite à l'hôpital par les agents, étonnés de son mutisme, cette hystérique s'essaye d'abord à la comédie du sommeil. Moyen qui, après tout, est celui d'une fille d'esprit, désireuse pendant quarante jours de vivre sans se faire de mauvais sang !

Elle ne veut pas manger; on l'alimente artificiellement. Après quelques jours du régime de la sonde, son œsophage se fatigue ; il se révolte et elle avale alors à la cuiller. Elle ne veut pas parler, aussi elle fait en sorte de résister aux exhortations de ceux qui la soignent. Elle fait la morte pendant le jour, prend des poses de sainte Thérèse en extase, mais la nuit elle se retourne dans son lit. Ses muscles, souples et contractiles, obéissent aux mouvements qu'on leur imprime. Les abandonne-t-on à eux-mêmes? ses membres reprennent leur position primitive. Elle n'est donc pas cataleptique.

Elle est anesthésique. Rien de moins étrange depuis les travaux de M. Charcot. Est-elle sourde? on l'ignore, car elle ne veut pas se faire entendre. Elle n'a peut-être pas la voix mélodieuse de Mlle Krauss? Ce motif en vaut bien un autre pour une neurataxique obstinément muette.

libéralité d'une personne qui désire rester inconnue et qui a coopéré environ pour la moitié des frais, la construction d'un pavillon d'isolement avec huit chambres séparées.

Depuis dix mois, ce pavillon est ouvert. On y place les accouchées malades et celles qui ont subi une intervention obstétricale grave. Chacune d'elles occupe avec son enfant une chambre particulière. Elles sont donc à la fois isolées des accouchées valides et des malades de médecine. Elles cessent ainsi de constituer un danger pour les unes et elles sont à l'abri des affections contagieuses des autres. Nous avons pu déjà constater les excellents effets de cette mesure, que le temps ne nous permet cependant pas encore de juger.

En outre, nous nous sommes évertués à prévenir un autre mode de contagion, à notre avis beaucoup trop négligé, bien qu'il ait été indiqué à l'étranger dès 1839 par le docteur Reuton, en 1843 au congrès de la Société d'obstétrique de Philadelphie, et depuis par un grand nombre de médecins anglais, allemands et américains, et en France par Depaul, Tarnier, Hervieux, etc.

Nous voulons parler de la contagion à distance, due au transport des germes morbides par l'intermédiaire de l'accoucheur, des élèves et des gens de service. Enfin, mettant à profit les découvertes de Pasteur sur le mode de propagation des maladies puerpérales, nous avons institué dans le service, l'emploi aussi complet que nous l'avons pu des agents parasiticides.

Voici d'ailleurs l'ensemble des mesures prophylactiques que nous avons établies :

Mesures prophylactiques. — Pour éviter les dangers de l'encombrement, nous faisons en sorte que les 28 lits de la salle d'accouchement ne soient jamais remplis, et qu'il n'y ait pas en moyenne plus de 20 femmes en couches, en même temps, dans la salle. Ainsi ce chiffre n'est jamais dépassé que momentanément, et dans des circonstances exceptionnelles et d'absolue nécessité.

Chaque femme à son entrée, quand le moment de l'admission le permet, à moins de contre-indication, comme l'existence d'une hémorrhagie, d'une anasarque, d'une bronchite ou l'imminence de l'accouchement est soumise à un nettoyage général et prend un grand bain.

Tout en arrivant à l'hôpital, nous commençons la visite par la salle des femmes en couches, afin de ne pas y transporter les germes que nous aurions pu recueillir dans les autres salles.

En tout cas, elle entend très distinctement et elle écoute attentivement la lecture que font ses voisines des fantastiques récits publiés quotidiennement sur son compte. On parle d'elle, les curieux viennent en foule ; encore un peu et nos mondaines elles-mêmes, si empressées à tout voir et à tout connaître, vont accourir et déposer leur carte. Encore un peu et on ira à l'hôpital comme au siècle dernier on se rendait au cimetière Saint-Médard pour cueillir l'aubépine fleurie et voir les convulsionnaires sur la tombe du diacre Pâris. Heureusement que le directeur de l'hôpital y met ordre et que le docteur Millard, dès les premiers jours, soupçonnant la supercherie, interdit l'entrée de la salle.

***

Anesthésique, elle a accouché sans cris, peut-être sans douleurs. Il faut noter qu'elle était enceinte seulement de quelques mois. Quoi qu'il en soit, sa vanité a été satisfaite. Elle est hystérique, elle cherche le bruit et veut fixer l'attention ; eh bien ! son but est atteint, et en elle-même elle doit sourire de la curiosité de nos contemporains.

Un jour, on l'isole des autres malades. Elle n'aura plus de spectateurs ; les bruits du dehors ne viendront plus jusqu'à elle. Et, enfin, tout ici bas a un terme. Quarante jours de silence ! Fût-on hystérique et neurataxique, c'est beaucoup pour une langue humaine et dans un siècle où on aime tant à parler. D'ailleurs, l'intérêt public est moindre. Aussi, changement de tableau, et la muette se fait entendre.

Eh bien, j'en fais la gageure, si un reporter aux abois avait entendu ses premières paroles, il n'aurait certes pas manqué, dans un article à sensation, de dire que pareil langage n'était jamais sorti d'une bouche humaine. Il aurait même ajouté, dût-il le démentir le lendemain, qu'il ne répondait à aucun idiome connu. Que sais-je? on aurait écrit, sans doute, qu'elle des-

L'examen direct des femmes en travail est pratiqué par l'interne spécialement attaché aux accouchements, et par nous, s'il existe une particularité importante. Dans ce dernier cas, un ou deux élèves au plus sont admis à pratiquer le toucher.

Une cuvette d'eau phéniquée est en permanence dans la chambre de misère, et personne, pas plus le chef que l'interne et les autres élèves ne se livrent à l'examen d'une femme en travail sans se laver préalablement les mains dans l'eau phéniquée. Puis le doigt est plongé dans un vase renfermant de l'huile également phéniquée, qui est renouvelée pour chaque femme en couches. Quand le travail est régulier, le toucher n'est que très rarement pratiqué.

La délivrance, autant que possible, n'est aidée que par l'expression utérine avec de légères tractions exercées sur le cordon. La main ne doit être introduite dans le vagin, et surtout dans l'utérus, qu'en cas d'absolue nécessité.

S'il faut pratiquer une délivrance présentant quelques difficultés, les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont employées. Quand elle est terminée, les parties génitales sont lotionnées à grande eau. S'il existe une déchirure les lavages antiseptiques sont encore pratiqués avec plus de soin, et on tente une réunion avec des serres-fines. Une compresse imbibée de la solution phéniquée au cinquantième est appliquée et maintenue en permanence en avant de l'orifice vulvaire.

Le retrait de l'utérus est l'objet d'une surveillance attentive. Sans qu'il y ait d'hémorrhagie, et à plus forte raison s'il en existe, quand l'utérus reste mou et volumineux, et que ses contractions manquent ou paraissent insuffisantes pour en assurer promptement le retrait et prévenir la stagnation de caillots dans son intérieur, on administre aussitôt une dose de 50 centigr. de seigle ergoté, que l'on renouvelle s'il y a lieu, ou bien on pratique une injection hypodermique d'ergotine.

L'accouchée est alors transportée du lit de misère à la salle commune, le ventre et la partie supérieure des cuisses enveloppés d'une alèze. Elle repose sur un coussin en balle d'avoine, du volume d'un oreiller ordinaire recouvert d'un drap et séparé du matelas par une toile cirée qui recouvre celui-ci tout entier.

Dès que l'alèze est souillée, elle est enlevée et remplacée par une autre, de sorte que le drap n'est jamais maculé. Quant au coussin, il ne sert jamais qu'à une seule femme, et il est brûlé quand il est sali, ou que l'accouchée quitte le service. Bien que le matelas soit protégé par une toile cirée, il est renouvelé régulièrement chaque mois, et toutes les fois qu'il a servi à une accouchée malade; il en est de même

---

cendait de la Lune ou de la planète Mercure. Dans le domaine du mystérieux on ne saurait jamais ni monter trop haut, ni voyager trop loin.

Nulle utilité n'était donc, dons Quichottes du cancan parisien, dans votre déception, d'enfourcher la vieille Rossinante et de partir en guerre contre la médecine et les médecins. Quoi donc! censeurs déçus, vous déclarez que cette dormeuse « a joué la comédie à la barbe de la Faculté ! » La comédie, soit. Mais faire, pour les besoins d'une cause, de notre Faculté une sorte de femme à barbe ! En vérité, c'est un comble ! c'est une métaphore digne du Figaro castillan de Beaumarchais. De plus, c'est un anachronisme; il y a beau temps, depuis la suppression de la docte compagnie des barbiers chirurgiens !

***

Cette hystérique ne vaut peut-être pas celle dont, naguère encore, j'entendais raconter l'histoire. Elle était aussi aphone volontairement. Un certain jour, cette neurataxique avait cessé de parler. Pourquoi ? je l'ignore. Ce mutisme résista durant trois mois aux pressantes sollicitations d'un savant médecin et aux objurgations de la famille. Un mois, deux mois, trois mois se passent. Ce silence volontaire commençait, sans aucun doute, à peser à la malade. Mais, après trois mois de comédie, on aurait mauvaise grâce, sans y être puissamment sollicité, à changer son rôle. Le médecin s'en était facilement aperçu. — Allons ! dit-il un jour à la malade : je le veux bien, mademoiselle, vous êtes muette. Muette vous allez rester. Croyez-moi donc ! Allez à Notre-Dame des Victoires. Allumez un cierge et, je vous l'affirme, le cierge une fois brûlé, vous retrouverez la parole.

Ainsi dit et ainsi fait. Cette médication spirituelle, conseillée par ce spirituel confrère, fit merveille. Le cierge brûla ! la parole revint ! Et voilà, chers lecteurs, en quoi consiste la cure de l'hystérie par la chandelle.

pour les couvertures, les oreillers, et en un mot, pour toutes les autres pièces de literie.

Si les suites de couches sont régulières, l'accouchée reste dans la salle commune jusqu'à son parfait rétablissement; deux fois par jour au moins, et plus souvent s'il y a lieu, on fait un lavage des parties génitales, aussi parfait que possible, au moyen d'eau tiède additionnée d'une solution d'acide phénique et d'essence de thym.

Chaque accouchée a sa serviette personnelle; les éponges sont bannies du service. Ajoutons qu'en même temps que nous nous évertuons à empêcher, par les moyens externes, les germes morbides de pénétrer dans l'économie, nous mettons nos accouchées dans les meilleures conditions de résistance à leur action, en leur prescrivant un régime aussi substantiel et reconstituant que le comporte le règlement de l'hôpital.

Un interne est spécialement attaché au service des accouchements. Il n'a aucun rapport avec les accouchées malades. Il ne se livre à aucun travail pratique d'anatomie normale ou pathologique et il doit également éviter tout contact avec les malades atteintes d'affections contagieuses ou de suppuration.

En cas d'intervention nécessaire, soit pour la délivrance, soit pour l'application du forceps, soit encore pour une version, cet interne est appelé avant tout autre. Et pour toutes les manœuvres ou opérations, il s'entoure des précautions nécessaires afin d'éviter le transport des germes morbides dans les organes génitaux.

Les autres élèves ne doivent pas entrer dans la salle d'accouchement quand ils se livrent à la dissection, ou qu'ils viennent de faire une autopsie. Il suffit, au commencement de chaque année, de signaler une fois l'importance que j'attache à ces mesures, pour que jamais un seul d'entre eux n'ait enfreint cette recommandation.

En dehors de la visite du matin, aucun élève étranger au service n'est admis dans la salle. Or, avant que cette mesure ne soit prise, souvent il arrivait que des élèves, sortant de l'amphithéâtre ou d'une salle de chirurgie, venaient s'exercer au toucher sur les femmes en travail (1).

(1) Pourtant, au moment même où nous relisons cet article, un élève étranger, abusant de l'autorisation exceptionnelle que je lui avais accordée d'accompagner l'interne dans ses visites, et entrant dans la salle à toute heure, en sortant des autres salles de l'hôpital et quelquefois de l'amphithéâtre, a déterminé une petite épidémie qui a fini aussitôt que cet élève a cessé de pénétrer dans le service.

L'histoire est authentique, et l'honorable médecin qui en a été le témoin est certainement connu de vous, sinon en personne, du moins par la réputation de ses méritants travaux. Qu'il me pardonne mon indiscrétion!

Il serait facile de multiplier les exemples analogues. Braid en a cité, Sandras en a publié. Le professeur Charcot a démontré scientifiquement ces phénomènes, et M. Huchard a prouvé, dans son livre, qu'il ne faut pas trop se hasarder sur le terrain mouvant de la catalepsie, de l'extase et du somnambulisme.

*
* *

De toute cette histoire on peut tirer une autre conclusion. Répétons donc une fois de plus avec le classique latin : qu'il faut s'en tenir à son métier. Journalistes vous êtes, journalistes restez. Politique et médecine sont deux arts bien différents.

Ne sutor ultra crepidam ! Le proverbe a toujours été vrai; mais il est et a été d'autant moins écouté qu'il était plus vrai. Ainsi vont les choses humaines en l'an de grâce 1882.

Un habitant du boulevard des Italiens, ou un citoyen quelconque du faubourg de la Chopinette se lève un beau matin. Il frotte ses yeux et se dit dans cet état intermédiaire qui n'est plus le sommeil et qui n'est pas encore la veille : que ferais-je donc bien aujourd'hui? Si je faisais de la médecine? La médecine, qui n'en fait pas? Sganarelle devint médecin à son corps défendant! C'est qu'il avait la vocation. Pourquoi donc ne serais-je pas médecin sans le savoir, tout au moins médecin comme Sganarelle.

Ne croyez pas que notre homme se dira plutôt : Si je faisais de la sculpture, de la mosaïque ou de la gravure! Si je me faisais tailleur, architecte ou modeleur! Non! il ne le dira pas; il n'en aura pas l'idée. Mais de la médecine? Tout le monde en est capable.

Les infirmières qui sont chargées, en dehors de la visite, de surveiller les femmes en travail, doivent revêtir des manches de toile blanche, préalablement trempées dans une solution phéniquée, et se laver les mains dans de l'eau également phéniquée, chaque fois qu'elles pratiquent le toucher.

Celles qui sont chargées des soins de propreté à donner aux accouchées, doivent aussi ne jamais passer d'une femme à une autre sans se laver les mains à l'eau phéniquée. Dès qu'elles reconnaissent au toucher une odeur fétide, elles administrent aussitôt une injection vaginale antiseptique et, si l'odeur reparaît, la malade est enlevée de la salle d'accouchement.

Enfin les infirmières attachées aux accouchements ne doivent pas entrer dans les autres salles de l'hôpital, pas plus que les infirmières des autres services ne doivent pénétrer dans la salle des femmes en couches.

(La fin dans un prochain numéro.)

JOURNAL DES JOURNAUX

ICHTHYOSE COUVRANT TOUTE LA SURFACE DU CORPS.

(Société clinique de Londres, 26 mai 1882.)

Le docteur Bernard O'Connor lit une note sur ce sujet, et présente à l'appui deux sœurs : l'une, âgée de 39 ans; l'autre, de 37 ans, atteintes toutes deux d'une ichthyose générale et congénitale.

L'aînée a été soumise à un traitement pendant les trois derniers mois; elle fut présentée à la Société au commencement du mois de mars dernier, et, à cette époque, les écailles caractéristiques de l'ichthyose la couvraient entièrement, sans en excepter les faces palmaire et plantaire des extrémités supérieures et inférieures. Elles étaient pourtant moins marquées sur le front et les paupières.

Les antécédents de famille, autant qu'on pouvait savoir, sont bons. Aucune affection cutanée ne paraît avoir existé, pas plus du côté paternel que du côté maternel.

Sur sept enfants, la malade est la seconde; l'aîné est un fils, les cinq autres sont des filles.

La malade en question et la seconde fille sont nées avec cette affection. La cinquième a aussi été atteinte, mais on ne peut savoir si, chez elle, la maladie était congénitale. Elle est morte, du reste, à l'âge de 9 mois.

Les trois autres filles n'avaient absolument rien.

On naît *médecin*, on devient forgeron.

On naît médecin, et notre homme jusqu'alors détourné de sa vocation pour vendre des chaussettes ou récolter des faits divers, notre homme se dit : Je vais à l'hôpital. Un cas difficile et intéressant s'y trouve; il se procure une plume, une feuille de papier blanc. Il prend de l'encre de la Grande ou de la Petite Vertu : de la grande s'il va à l'Hôtel-Dieu ou à la Charité; de la petite s'il fréquente les pensionnaires du Midi et de Lourcine.

A l'œuvre donc! et il tranche du docteur! Garde à vous, Faculté; garde à vous, Corps médical des hôpitaux; garde à vous, membres de l'Académie! Ce Monsieur prétend vous en montrer, ce Monsieur va prouver que votre malade se joue de vous! Ce Monsieur est peut-être un habitué du Théâtre-Français. Il connaît son Diafoirus. Comme M. Purgon, il vous parle de médecine et, au besoin, découvre la variété encore inédite de l'*anesthésie somnolente*.

A moins peut-être, chose moins étonnante, que ce Monsieur, comme les dramaturges, ait voulu seulement chercher un clou. En fait de clou, celui qu'il a trouvé est le clou...... hystérique. Quelle détresse pour un homme d'imagination!

***

Ma *Causerie* est terminée. Mais avant de tourner la page, vous vous associerez certainement, chers lecteurs, au souvenir que la Médecine française doit à un maître honoré, le regretté docteur Pidoux.

Atteint de gangrène diabétique, l'éminent académicien, le savant collaborateur de Trousseau, l'ancien inspecteur des Eaux-Bonnes, a succombé, comme vous avez pu le voir dans ce journal, aux Mureaux, près de Meulan. La haute position qu'il avait acquise, comme savant e

On ne constate aucune odeur particulière sur le corps. La transpiration s'effectue librement sur les parties saines de la face, ainsi que sur les faces palmaire et dorsale des mains (surtout sur cette dernière). Il ne fut pas possible de découvrir des traces de transpiration nulle part ailleurs. Quelques jours avant les règles, les écailles tombaient toujours en abondance, surtout quand la malade était au lit, mais pour être immédiatement remplacées par de nouvelles. La santé générale était bonne, malgré quelques apparences de scrofule. Avant d'être soumise au traitement pour la dernière fois, elle n'avait jamais été plus susceptible qu'une autre au froid; mais, depuis que ses écailles ont diminué, elle se plaint souvent des changements de température. Ces deux sœurs ont été soumises, surtout pendant leurs premières années, à toutes sortes de traitement.

Aujourd'hui, il y a une diminution notable de l'état écailleux du corps. La face est entièrement libre; il ne reste plus sur le corps qu'une légère rugosité. L'avant-bras, les poignets et les mains sont absolument lisses et le devant de la poitrine, quoiqu'offrant au toucher la sensation du cuir, ne présente plus d'écailles imbriquées, comme on l'avait noté trois mois auparavant.

Le docteur O'Connor rapporte alors le traitement.

Le jaborandi a, dans quelques circonstances, causé une chute abondante d'écailles; les bains chauds, les applications émollientes, les lotions avec un mélange de borax et de glycérine, etc., ont rendu les surfaces plus lisses; les vésicatoires agissaient comme sur la peau saine, mais la peau reprenait rapidement les caractères de l'ichthyose. En résumé, il n'a aucune confiance dans le traitement externe.

L'arsenic combiné avec le fer et l'huile de foie de morue, sont les moyens qui lui ont rendu le plus de services.

Quant à la pathologie de l'ichthyose, le docteur O'Connor incline à penser que l'hypertrophie de la couche papillaire et l'épaississement de l'épiderme sont les éléments essentiels de l'affection.

Eu égard à l'étiologie de la maladie, en dehors de 13 cas bien caractérisés, énumérés après cette note, 3 seulement ont été rencontrés chez des femmes. Ceci est, croit-il, d'accord avec l'observation générale.

L'ichthyose ressemble à quelques autres affections (pseudo-paralysie musculaire atrophique, amaurose, diathèse hémorrhagique) en ce que, tout en apparaissant généralement chez les fils d'une famille atteinte, elle est transmise par l'intermédiaire des filles. — P.

Effet des maladies du foie sur les organes voisins, par FABRE (de Marseille). — Dans cette leçon, le professeur montre les accidents que le foie malade produit sur les organes environnants: sur l'estomac (nausées, vomissements, dilatation stomacale, etc.), sur le rein (polyurie ou dysurie), sur le poumon (congestion pulmonaire), sur le cœur (dilatation cardiaque

---

surtout comme clinicien, est connue des lecteurs de l'UNION MÉDICALE, dans laquelle bien souvent ses remarquables mémoires ont été insérés. A d'autres plus compétents, de rappeler, avec M. Dujardin-Beaumetz, ses titres de gloire. Mais, pour mon compte, je ne peux sans émotion retourner en arrière, à ces dernières années où, médecin d'hôpital, il savait charmer ceux qui l'approchaient par la bienveillance paternelle dont il était si prodigue à l'égard de tous ses élèves. Il s'attardait alors dans des entretiens familiers autour de la table de la salle des femmes de son service de la Charité. Là il nous racontait ses débuts laborieux, car Pidoux était le fils de ses œuvres. Il nous retraçait les épisodes d'une vie toujours militante, consacrés toute entière à la médecine clinique.

Pidoux était l'un des derniers représentants d'une glorieuse époque, durant laquelle son nom fut associé à celui de Trousseau. Si les études cliniques étaient alors surtout en honneur, ces illustres médecins appréciaient tout aussi bien que de nos jours les bénéfices que l'Art médical peut retirer des découvertes de la pure science. Le *Traité de thérapeutique* qui porte les noms de Trousseau et de Pidoux en est la preuve.

Dans l'élaboration de ce chef-d'œuvre classique, Pidoux prit certainement une part plus active que son illustre collaborateur, absorbé par les exigences d'une immense clientèle. En se retirant de la médecine active, ce maître regretté a laissé à M. Constantin Paul le soin et l'honneur de compléter les éditions nouvelles de cet ouvrage. Héritier de sa gloire et de son nom, on sait avec quel succès il s'est acquitté de cette noble et périlleuse tâche.

Latour! Pidoux! Les morts sont nombreux dans les rangs de l'Académie. Ce sont de grandes figures qui disparaissent et de grands vides à combler. Mais, Dieu merci, les générations contemporaines sont loin d'être stériles. Que sur ces tombes encore entr'ouvertes, l'amertume du regret soit donc soulagée par les certitudes du présent et les espérances de l'avenir!

D[r] NÉMO.

etc.). Dans la plupart des cas, c'est par l'intermédiaire d'un trouble vaso-moteur que le foie malade qui est souvent « un mauvais voisin » agit sur les organes et notamment sur le cœur où il peut donner lieu à des palpitations, des arythmies, à une dilatation cardiaque, à l'existence d'une insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale, etc. (*Marseille médical*, 20 mai 1882, tome. V, pages 257-265). — H. HU.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Larrey présente une note de M. Gustave Le Bon sur les propriétés des antiseptiques et des produits volatils de la putréfaction.

« Les recherches sur les antiseptiques et sur l'action des glycéroborates de sodium et de calcium, que j'ai eu l'honneur de présenter récemment à l'Académie, m'ont conduit à des résultats que j'exposerai prochainement en détail, et dont voici les conclusions :

1° Le pouvoir désinfectant d'un antiseptique quelconque est d'autant plus faible que la putréfaction est plus ancienne. Si l'on prend pour liquide normal une solution aqueuse contenant le dixième de son poids de viande hachée, cette solution exhalera, dès les premiers temps de la putréfaction, une odeur très fétide, mais qui sera détruite par une quantité relativement minime d'antiseptique. Au bout de deux mois environ, il se sera développé des corps nouveaux d'une odeur spéciale, qui ne sera détruite, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, que par des proportions au moins deux fois plus grandes des mêmes antiseptiques.

2° Si l'on veut mesurer la puissance des antiseptiques, en prenant pour base leurs propriétés désinfectantes sur un poids donné de la solution normale mentionnée plus haut, on voit que les désinfectants les plus puissants sont le permanganate de potasse, le chlorure de chaux, le sulfate de fer acidifié par l'acide acétique, l'acide phénique et les glycéroborates de sodium et de potassium. Pour désinfecter, par exemple, 10^{cc} de la solution normale précédente, il faudra 500^{cc} d'eau saturée d'acide salicylique, 80^{cc} d'une solution saturée d'acide phénique, 80^{cc} d'une solution contenant 10 pour 100 de glycéroborate de sodium, et quelques gouttes seulement d'une solution de permanganate de potasse au centième.

3° Il n'y a aucun parallélisme entre l'action désinfectante d'un antiseptique et son action sur les microbes. Le permanganate de potasse, qui est un des plus puissants désinfectants, n'exerce aucune action appréciable sur les microbes. L'alcool, qui entrave au contraire à la longue leur développement, n'exerce sur les produits de la putréfaction qu'une action désinfectante très faible.

4° Il n'y a pas davantage de parallélisme entre le pouvoir d'empêcher la production de la putréfaction et celui de l'arrêter quand elle a pris naissance. L'alcool et l'acide phénique, qui sont des agents préservatifs par excellence, n'ont qu'une action très faible sur la putréfaction quand elle est commencée ; et si l'acide phénique est si utile en chirurgie, c'est uniquement comme agent préventif.

5° A l'exception d'un très petit nombre de corps qui sont des agents toxiques redoutables, tels que le bichlorure de mercure, la plupart des antiseptiques, et notamment l'acide phénique, n'ont sur les bactéries qu'une action très faible. Lorsqu'on mélange 10^{cc} de la solution normale précédente à 50^{cc} ou même à 100^{cc} d'eau saturée d'acide phénique, les plus grosses bactéries sont immobilisées, mais les plus petites restent vives et se reproduisent parfaitement par des cultures. Je possède des solutions phéniquées, vieilles de quatre mois, riches en bactéries. Je considère même que l'acide phénique est un des meilleurs liquides qu'on puisse employer pour conserver pendant longtemps des bactéries vivantes.

6° Les expériences faites sur les alcaloïdes cadavériques ne pouvaient servir à résoudre la question de savoir si les alcaloïdes volatils qui donnent à la putréfaction son odeur sont toxiques, car ces expériences ont été faites généralement en introduisant dans l'économie des produits de la putréfaction contenant des bactéries auxquelles on pouvait attribuer les accidents observés. Après avoir essayé plusieurs procédés opératoires, j'ai simplement introduit des grenouilles dans un bocal au fond duquel se trouvait une couche très mince du liquide normal cité plus haut. Dans ces conditions, on observe qu'au début de la putréfaction le liquide, bien que riche en hydrogène sulfuré, possédant une odeur extrêmement fétide, fourmillait de bactéries, et, comme on le sait, très virulent quand on l'injecte sous la peau, n'exerce aucune action appréciable sur les animaux qui le respirent. Le même liquide, vieux de deux mois, et n'ayant plus, comme on le sait également, de propriétés virulentes, tue au contraire en quelques minutes les animaux qui le respirent. Il n'y a donc aucun parallélisme entre le pouvoir virulent d'un corps en putréfaction et le pouvoir toxique des composés volatils qui s'en dégagent. Ces deux propriétés semblent même en raison inverse l'une de l'autre.

7° La quantité très faible des produits de la putréfaction avancée nécessaire pour tuer un animal par simple mélange avec l'air qu'il respire, montre que ces alcaloïdes volatils sont extrêmement toxiques. Les observations que j'ai involontairement eu l'occasion de faire sur les personnes ayant pénétré dans mon laboratoire, et sur moi-même pendant mes expériences, m'ont montré que ces alcaloïd s étaient également toxiques sur l'homme. Je ne connais qu'un très petit nombre de corps, tels que la nicotine, l'acide prussique et le nouvel alcaloïde que j'ai extrait du tabac et présenté à l'Académie, qui soient aussi toxiques.

8° Les expériences qui précèdent expliquent les accidents qui ont accompagné l'exhumation de corps enterrés depuis longtemps, et prouvent que l'atmosphère des cimetières peut, contrairement à ce qui a été avancé en se basant sur sa faible richesse en microbes, être très dangereuse. Ces mêmes expériences expliquent ces faits si souvent constatés d'épidémies de fièvres typhoïdes et d'affections analogues, reconnaissant comme point de départ l'action de substances volatiles dégagées de matières en putréfaction. Les alcaloïdes volatils, engendrés par l'action des microbes sur certaines substances organiques, jouent sans doute dans bien des affections un rôle fort important. »

BIBLIOTHÈQUE

THE LIFE HISTORY OF CONTAGIUM, par la Commission de l'Association des médecins d'Angleterre. — London, 1882.

C'est assurément une grande œuvre que MM. Peter Murray, Braidwood et Francis Vacher ont entreprise, sous les auspices de l'Association des médecins d'Angleterre. Quelques lignes ne sauraient suffire pour l'apprécier, ni pour en faire connaître les nombreux détails. Mais l'étude des contages et de la contagiosité est toujours ouverte. Le mémoire des auteurs est donc une pierre de cet édifice inachevé.

Le premier chapitre est consacré au récit des expériences relatives à l'influence de certains gaz ou de certaines vapeurs sur la lymphe vaccinale. Les conclusions relatives à la nature de ce contage sont confirmatives de celles de MM. Chauveau et Burdon Sanderson.

La deuxième partie de cet important mémoire a pour objet de rechercher la nature, le mode de reproduction, la morphologie et la distribution dans les divers tissus du contage de la rougeole. Il est vraisemblable que les agents infectieux, dans cette maladie, sont des corps de nature albuminoïde et ces germes se multiplient probablement, comme les micro-germes de la vaccine, par germination.

Le troisième chapitre est consacré à des recherches sur la nature de l'infection septicémique et sur la maladie analogue, qu'on produit chez les animaux par l'inoculation de la salive humaine. Néanmoins, quel que soit l'intérêt que présentent les précédentes recherches, un autre point important a été examiné dans ce mémoire, c'est celui qui est relatif aux agents physiques et aux conditions qui modifient la vitalité ou l'activité des contages, c'est-à-dire à l'action du froid, de la chaleur, de la dessication, de la dilution, de l'exposition à certains gaz, à certaines vapeurs et à l'influence de certaines substances liquides ou solides.

Si on admet le rôle actif de micro-germes dans la pathogénie des maladies, il devient évident que les recherches de nos éminents confrères d'outre-Manche ont une valeur considérable au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique des maladies infectieuses. Elles ont, en tout cas, un caractère pratique qui fait trop souvent défaut aux travaux de ce genre. Enfin ajoutons que, dans ce travail, il est rendu justice non-seulement aux panspermistes modernes, mais à leurs précurseurs de toutes les nationalités. L'enivrement de nos contemporains ne doit pas faire oublier les mérites de leurs prédécesseurs.

Ch. ELOY.

ÉTUDE SUR LA SCLÉROSE DU MYOCARDE, par JUHEL-RÉNOY. (Thèse inaugurale de Paris, 1882. Brochure de 116 pages, chez O. Doin.)

Travail très intéressant au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la clinique. Sur ce dernier point, l'auteur résume ainsi les symptômes de la cirrhose du cœur : 1° affaiblissement des systoles et du pouls coïncidant avec leur augmentation de fréquence et leur régularité; 2° existence d'une hypertrophie cardiaque progressivement croissante ; 3° absence de bruit de souffle. Au nombre des symptômes inconstants, il faut ranger: la douleur du cinquieme espace, l'arythmie, la polyurie, les dédoublements. Les accidents asystoliques ne se montrent que tardivement et sont traversés par des congestions pulmonaires souvent unilatérales, brusques et mobiles. La mort est la terminaison habituelle de cette maladie.

H. HD.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 28 juillet au 3 août 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 929. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 11. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 38. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 7. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 46. — Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchites aiguës, 13. — Pneumonie, 35. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 82 ; au sein et mixte, 46 inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 65 ; circulatoire, 47 ; respiratoire, 54 ; digestif, 51 ; génito-urinaire, 17 ; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 31e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,183 naissances et 929 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,041, 884, 986, 925. Le chiffre de 929 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (31 décès au lieu de 34 pendant la 30e semaine) ; la Rougeole (13 au lieu de 19), la Scarlatine (3 au lieu de 6), l'Érysipèle (7 au lieu de 9), l'Infection puerpérale (7 au lieu de 9) ;

Une aggravation pour la Variole (11 décès au lieu de 7), et pour la Coqueluche (6 au lieu de 1).

Les décès par Diphthérie ont atteint le même chiffre (38) que durant la 30e semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (28 malades reçus du 24 au 30 juillet, au lieu de 34 entrés pendant les 7 jours précédents) et supérieur pour la Fièvre typhoïde (124 au lieu de 73), et pour la Diphthérie (31 au lieu de 23).

Depuis un mois, le nombre des décès par Fièvre typhoïde a toujours été en décroissant. Malheureusement, en présence de l'élévation subite du chiffre des cas d'invasion au domicile privé et dans les hôpitaux, nous devons craindre qu'à la diminution constatée pour ces dernières semaines ne succède une augmentation sérieuse de la mortalité typhique.

Cette fois encore, nous appellerons l'attention de nos lecteurs sur la manière dont se répartissent les décès par Variole entre les différents quartiers de la capitale. Cette semaine, sur 9 décès d'individus domiciliés à Paris, 4 ont été fournis par les quartiers limitrophes des *Quinze-Vingts* et de *Sainte-Marguerite*. Déjà pendant la 30e semaine, sur 7 décès varioliques, le quartier des *Quinze-Vingts* en avait déclaré 2 et durant la semaine qui avait précédé sur 15 décès ce même quartier en avait compté 4 et le quartier *Sainte-Marguerite* 2. Le tribut payé à cette affection, par la population de ces deux quartiers est donc considérable relativement à la mortalité que l'on constate pour les autres circonscriptions parisiennes.

La diphtérie qui, pendant la 30e semaine, avait causé 6 décès dans le quartier de *Plaisance*, a fait dans le même quartier 4 nouvelles victimes.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Légion d'honneur. — M. le docteur Ardouin, inspecteur général du conseil sanitaire maritime et quarantenaire à Alexandrie : courageux dévouement pendant le bombardement d'Alexandrie, vient d'être nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

STATISTIQUE DU SERVICE DES FEMMES EN COUCHES DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE (1);

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 23 juin 1882,

Par le docteur F. SIREDEY.

Maintenant que nous avons indiqué les réformes que nous avons progressivement introduites, examinons, pour compléter la statistique de l'hôpital Lariboisière, une 3e période qui s'étend du 1er janvier 1874 au 31 décembre 1881 (2), nous trouvons les résultats suivants :

6,621 accouchements, 168 décès, soit une mortalité brute de 1/40. Mais, sur ces 167 décès, 50 sont imputables à des maladies étrangères à la puerpéralité, et à l'influence nosocomiale, d'où 117 décès pour 6,571 accouchements, soit une mortalité puerpérale de 1/56.

Enfin, si nous établissons une sous-division dans ces 117 décès, nous trouvons 44 cas dans lesquels a eu lieu une intervention obstétricale grave, où s'est rencontrée une complication pathologique importante. Il reste donc pour 6,527 accouchements simples une mortalité de 74, soit 1/88. Ainsi que l'atteste le tableau suivant :

Tableau N° 3. — Troisième période.

Années.	Nombre des accouchements.	Mortalité générale.	Mortalité en dehors des influences puerpér. et nosocom.	Mortalité puerpérale — dans les accouch. compliqués.	Mortalité puerpérale — dans les accouch. simples.
1874 (3)..	848	18	2	7	9
1875.....	897	18	4	6	8
1876.....	899	25	8	4	13
1877.....	893	25	11	8	6
1878.....	890	17	7	5	5
1879.....	779	30	8	3	19
1880.....	640	21	4	8	9
1881.....	775	14	6	3	5
	6621	168	50	44	64
				108	

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 12 août.

(2) Depuis l'année 1872 où j'ai été chargé de la direction du service d'accouchements, j'ai ouvert un registre sur lequel sont inscrits les nom et prénoms de chaque femme, avec les dates de l'entrée, de l'accouchement, le nombre de grossesses antérieures, le sexe et le poids de l'enfant à la naissance et à la sortie de l'hôpital, etc. Il existe, en outre, trois colonnes : dans l'une nous consignons les particularités intéressantes qui peuvent se rencontrer, et, dans les deux autres, les dates de *la sortie ou du décès.*

Ce registre est tenu avec le plus grand soin par l'interne du service, et il est souvent vérifié par moi.

Au point de vue du nombre des accouchements et de leur terminaison, il offre la garantie d'une exactitude absolue, car il est contrôlé avec le registre de l'administration relatif aux entrées et aux sorties.

Dans la colonne des *observations* est désignée la salle de l'hôpital dans laquelle étaient transportées les malades avant la création du pavillon d'isolement; de telle sorte que je ne pouvais les perdre de vue. Si elles succombaient dans le service d'un de mes collègues, j'étais informé

En comparant les relevés annuels que nous avons sous les yeux, nous constatons que la mortalité a suivi une marche décroissante, pour ainsi dire parallèle, avec les améliorations progressivement apportées dans les conditions hygiéniques et les mesures prophylactiques. Pourtant l'année 1875 fait une exception sensible. Or, comme nous l'avons déjà fait connaître à la Société, le nombre des malades a été tellement considérable cette même année que la crèche et les autres salles de l'hôpital ont toujours été au complet. Cet encombrement général ne nous a pas permis d'évacuer toujours, en temps opportun, les malades de la salle d'accouchement. Leur séjour prolongé parmi les autres accouchées a constitué un véritable foyer infectieux, permanent, d'où la morbidité excessive, et, par suite, l'augmentation de la mortalité. Mais à l'année 1875, qui est la plus mauvaise de la période, nous opposerons l'année qui vient de s'écouler.

Sur 775 accouchements, nous comptons 14 décès, soit une mortalité brute de 1/55.

De ces 14 décès nous en retranchons 6, qui sont dus à des causes étrangères à la septicémie puerpérale et à l'influence nosocomiale.

Ainsi, tout d'abord, nous en trouvons trois chez des femmes arrivées au dernier terme de la phthisie, et à l'autopsie desquelles aucune autre lésion que celle de la tuberculose pulmonaire n'a été constatée.

Le quatrième décès est celui d'une jeune fille, primipare, accouchée chez elle, le 28 avril, à cinq heures du matin, et que l'on apporta deux heures après à l'hôpital. On constate qu'elle n'est pas délivrée et que le placenta est encore retenu dans l'utérus. Comme il n'existe pas d'hémorrhagie, on attend; et, vers midi, le placenta qui est descendu dans le vagin est extrait sans difficulté et sans accident. On reconnaît alors un violent état fébrile avec élévation de la température à 40°. Le lendemain, à la visite, j'apprends que la malade a déliré toute la nuit et je constate les signes

du décès qui était aussitôt enregistré. Je pouvais toujours avoir des renseignements verbaux, et, le plus souvent, l'interne du service me remettait une note relative aux principaux symptômes et aux lésions constatées à l'autopsie.

Ces explications réduisent donc à néant l'objection qui a été faite à ma statistique de ne pas y comprendre les décès des femmes en couches transportées dans les autres services. Je répète à dessein que tous les décès sont comptés, soit qu'ils aient lieu dans mon propre service ou dans ceux de mes collegues. Je possède donc des renseignements très précis sur chacune des femmes en couches qui succombent. Or, s'il est vrai que la saine observation dépend moins du nombre des faits que de leur interprétation, je crois devoir comme de Beurmann l'a fait dans sa thèse, établir trois tables de mortalité.

Dans la première sont compris tous les cas de mort, qu'elle qu'en soit la cause. C'est la mortalité générale. Mais nous croyons devoir faire remarquer que, dans les services d'accouchement des hôpitaux, cette mortalité générale est grevée d'environ 25 p. 100 par des cas où la puerpéralité est complètement étrangère à la cause des décès. Nous voulons parler des morts qui surviennent après l'accouchement chez des femmes atteintes de phthisie pulmonaire, de maladies de cœur, de fièvres typhoïde ou éruptives, de pneumonie, etc. Cette catégorie de décès est beaucoup plus grande à l'hôpital qu'à la Maternité. En effet, dans ce dernier établissement, ce sont surtout des femmes valides qui viennent y faire leurs couches, tandis que les malades se rendent à l'hôpital.

Dans la seconde table figurent les décès déterminés par l'accouchement lui-même ou par ses conséquences. C'est la mortalité puerpérale.

Mais ici encore nous croyons devoir établir une sous-division dans laquelle nous comprenons seulement les cas simples, c'est-à-dire ceux dans lesquels la mort est survenue après un accouchement naturel. Or, si l'on veut apprécier d'une manière aussi exacte que possible l'influence du milieu nosocomial, et si l'on veut comparer la mortalité des hôpitaux à la mortalité chez les sages-femmes; cette troisième classe nous paraît seule exprimer la mortalité puerpérale vraie.

(3) Nous établissons pour cette troisième période seulement une division dans la mortalité puerpérale entre les cas simples et les cas compliqués, qui est basée sur des documents que nous avons recueillis nous-même, et que l'administration était dans l'impossibilité de nous fournir pour les années antérieures à 1874.

d'une fièvre typhoïde. La mort survient le 4 mai, sans que nous ayons observé aucun symptôme de septicémie puerpérale.

L'autopsie justifia le diagnostic, en révélant les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et l'intégrité des organes génitaux.

Le cinquième décès est survenu dans les conditions suivantes : une femme en travail, atteinte d'érysipèle de la face, est admise à la crèche, dans la crainte qu'elle ne devienne le point de départ d'une épidémie dans la salle d'accouchement. Tout se passe régulièrement, la délivrance se fait sans difficulté aucune. Deux heures après, l'interne du service est appelé pour une malade qui se trouvait placée à côté de notre accouchée. Il est frappé de l'extrême pâleur de cette dernière et de la profonde altération de ses traits. Il constate une hémorrhagie utérine abondante, et, malgré l'intervention la plus prompte et la plus active, cette femme succombe en quelques instants sous ses yeux (1).

De même pour le sixième cas, la mort est arrivée chez une éclamptique non à terme apportée dans le coma à l'hôpital, où elle succomba sans avoir repris connaissance ni être accouchée deux heures après son admission.

Si nous entrons dans des détails peut-être trop étendus, c'est pour établir que dans nos services ont admet quelquefois des malades vouées à une mort inévitable et à bref délai. Or, nous ne croyons pas devoir porter au passif de l'influence nosocomiale ces cas de mort fatale arrivant d'ailleurs si peu de temps après l'entrée dans la salle, que vraiment on ne peut l'imputer à l'influence de l'hôpital, ni même comme dans notre dernier cas au *shok* de l'accouchement, puisque la malade a succombé avant l'expulsion du fœtus.

De cet exposé il résulte donc qu'il nous reste 8 décès pour 769 accouchements, soit une mortalité puerpérale de 1/96.

Or, dans ces 8 décès, nous en trouvons seulement 5 qui sont survenus après des accouchements naturels. Trois se rapportent à des cas compliqués sur lesquels nous dirons un mot,

Dans le premier, il existait un rétrécissement du bassin, et le fœtus était volumineux. Le forceps fut appliqué et des tractions énergiques furent exercées. Quand il eut fallu pratiquer la céphalotripsie, il en résulta des désordres qui entraînèrent rapidement la mort.

Dans le second cas, le placenta était adhérent; la malade perdit beaucoup de sang, fut délivrée incomplètement et succomba à l'infection putride.

Chez la troisième malade *albuminurique* survient, quelques heures après la délivrance, une lymphangite avec péritonite généralisée promptement mortelle.

Quant aux 5 derniers cas, pour ne pas fatiguer plus longtemps l'attention de la Société, nous nous bornerons à dire que le décès a été déterminé deux fois par la lymphangite avec péritonite, deux autres fois par la phlébite avec infection purulente, et, dans le dernier cas, par une embolie pulmonaire constatée à l'autopsie.

En résumé, dans l'année 1881, la mortalité brute a été de 1/55, la mortalité puerpérale générale de 1/96 et dans les cas simples de 1/153.

Ces chiffres attestent éloquemment les progrès considérables obtenus dans le service d'accouchement d'un hôpital général. Ils démontent qu'avec des précautions et une vigilance attentive on peut, *même dans un hôpital*, donner aux femmes en couches une assistance efficace sans les exposer aux dangers d'autrefois. Sans doute il serait préférable, au lieu de salles de 20 à 30 lits, de pouvoir placer chaque femme en couches dans une chambre isolée, comme dans la maternité modèle de Tarnier, et celle de l'hôpital Tenon. Mais en attendant que ce dernier progrès s'ac-

(1) Bien que la mort soit due à une hémorrhagie consécutive à l'accouchement, nous ne croyons pas devoir comprendre ce cas dans ceux qui sont imputables à l'intoxication puerpérale et à l'influence nosocomiale. Il est évident que cette malheureuse femme a succombé à un accident qui serait survenu aussi bien chez elle qu'à l'hôpital, et quand même elle aurait été placée dans des conditions hygiéniques irréprochables.

complisse, le mieux est de faire le nécessaire pour retirer de l'organisation actuelle le meilleur résultat possible.

La connaissance plus exacte des causes des épidémies permet de les prévenir, et si l'on persévère dans la voie de réformes qui sont dictées par les notions étiologiques actuelles, nous ne croyons pas émettre une opinion téméraire en annonçant que le progrès scientifique fera encore diminuer le coefficient de la mortalité.

Toutefois, comparant la mortalité des hôpitaux avec celle de la ville, il est vrai qu'il existe encore un grand écart, si nous nous en tenons aux chiffres de 1 décès pour 322 accouchements, que Tarnier a établis pour la pratique civile de l'un des arrondissements les plus pauvres de Paris, là où, par conséquent, les soins laissent le plus à désirer. Mais les chiffres de Tarnier, malgré les précautions dont il s'est entouré pour leur faire exprimer la vérité, ne nous semblent pas devoir être acceptés sans réserves. Les recherches, comme il a soin de le dire lui-même, ont été extrêmement difficiles, et le défaut de renseignements sur la *cause* des décès a dû laisser glisser quelques inexactitudes dans son travail. Avec la statistique mortuaire actuelle de la ville de Paris, des recherches nouvelles pourront être bientôt reprises avec intérêt, car elles offriront alors des conditions de précision beaucoup plus grandes.

Quant aux accouchements pratiqués chez les sages-femmes, agréées par l'Administration dans le but de soustraire les accouchées aux dangers inhérents à l'hôpital, les résultats réels sont loin d'être conformes à ceux qui ont été publiés. Dans la période d'engouement qui a suivi l'institution de cette mesure, on a cru un moment avoir trouvé la solution du problème de l'assistance des femmes en couches. En effet, pendant longtemps, les documents officiels n'ont enregistré que des succès, et il est même arrivé que la statistique des sages-femmes est devenue meilleure que celle de la clientèle civile des quartiers les plus riches. L'un des premiers, j'ai signalé, en 1879, cette erreur à la Société médicale des hôpitaux. J'ai indiqué les procédés par lesquels les sages-femmes pouvaient se faire une liste ininterrompue de succès, en envoyant à l'hôpital les accouchements difficiles ou compliqués, et les accouchées malades.

On comprend qu'en agissant ainsi, il leur est impossible de compter un seul décès.

Mais, depuis 3 ans, de concert avec M. le directeur de l'hôpital Lariboisière, que je remercie de son précieux concours, nous avons établi une sorte de contrôle indirect sur les résultats des sages-femmes par l'institution de la mesure suivante : Il est ouvert un registre sur lequel on inscrit avec l'indication du nom, de l'adresse de la sage-femme et de la date de l'accouchement, toutes les malades récemment accouchées qui entrent à l'hôpital. Ces renseignements sont loin, nous n'en doutons pas, d'être exacts, puisqu'ils ne tiennent pas compte des malades qui entrent dans les autres hôpitaux, ou qui retournent chez elles en quittant le domicile de la sage-femme. Néanmoins, tout incomplets qu'ils sont, puisqu'une bonne partie des malades échappent à notre contrôle, il nous est permis de dresser le tableau suivant :

1879....	73 admissions.	14 décès...	12 septicémies puerpérales. 1 hémorrhagie. 1 phthisie pulmonaire.
1880....	41 —	10 — ...	1 pneumonie. 9 septicémies.
1881....	27 —	6 — ...	3 fièvres typhoïdes. 3 septicémies.
Totaux..	143 admissions.	30 décès...	25 septicémies puerpérales. 3 fièvres typhoïdes. 1 phthisie pulmonaire. 1 hémorrhagie.

Ainsi, en trois ans, 143 femmes, récemment accouchées chez des sages-femmes,

sont entrées à l'hôpital Lariboisière. 30 ont succombé, et, de ces 30 décès, 25 sont imputables à la septicémie puerpérale. Je pourrais ajouter, puisque nous possédons les noms et les adresses des sages-femmes, que l'une d'elles, d'où nous sont venues 6 malades qui ont succombé, continue à recevoir des femmes en couches, qui fourniront vraisemblablement d'autres victimes.

En résumé de l'ensemble de ce travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° A l'hôpital Lariboisière, tant que les accouchées malades sont restées confondues avec les accouchées valides, la mortalité a été de 1/15 ;

2° Dans une seconde période, pendant laquelle les malades ont été séparées des accouchées valides et disséminées dans les différentes salles de médecine de l'hôpital, la mortalité est descendue à 1/43 ;

3° Dans une troisième période, pendant laquelle à l'isolement des malades on ajoute les mesures préventives pour empêcher la contagion par le personnel médical, les gens de service, les objets de toilette, etc., etc., la mortalité puerpérale générale tombe à 1/56, et pour les cas simples seulement à 1/88.

En outre, si nous examinons les résultats de la deuxième année, pendant laquelle l'ensemble des mesures préventives que nous avons graduellement instituées ont été complètement mises en pratique, nous arrivons à une mortalité puerpérale de 1/96, et en ne tenant compte que des cas simples, de 1/153 ; d'où la démonstration qu'avec les progrès de l'hygiène, les salles de femmes en couches, même dans les hôpitaux généraux, sont loin d'être aussi meurtrières qu'il y a seulement quinze ans, puisque, de 5 à 6 pour 100, la mortalité n'y est guère plus actuellement que de 1 pour 100 ;

4° Enfin, des renseignements que nous avons recueillis sur la pratique des sages-femmes agréées par l'Administration, il résulte que les résultats qu'on leur a attribués jusqu'à ce jour doivent être tenus comme erronés, et que ce mode d'assistance avec l'organisation actuelle sans surveillance médicale, et sans contrôle administratif sérieux, est loin de répondre aux espérances qu'une appréciation inexacte avait d'abord pu faire concevoir.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par Morell-Mackensie, traduit de l'anglais et annoté par MM. les docteurs E.-J. Moure et F. Bertier. — Paris, Octave Doin, 1882.

Signé par Morell-Mackensie, un *Traité des maladies du larynx* se recommande de lui-même; le nom seul de son auteur est un sûr garant de sa valeur scientifique. Médecin en chef de l'Hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine, professeur de laryngologie au « London Hospital » Morell-Mackensie s'est acquis non-seulement en Angleterre, mais en France et à l'étranger, une réputation légitime par ses travaux et par son enseignement. Quelques-unes de ses leçons avaient paru dans le *British medical journal*, la *Lancet*, le *Medical Times and Gazette*; mais la plupart n'avaient pas été publiées. Il les a réunies, il leur a joint d'autres éléments empruntés à un travail antérieur, l'*Essai sur les maladies du larynx*, couronné par le « Royal Collège » et, grâce à l'association et à la coordination de ces matériaux, épars ou inédits, il a composé un travail d'ensemble, un traité didactique complet, qui comprend toute la pathologie médicale et chirurgicale des premières voies respiratoires. Ainsi préparé de longue main, fruit d'une pratique et d'une observation journalières, ce livre peut être considéré comme le résumé de la propre expérience de Morell-Mackensie. Certes, il n'a pas négligé de rendre justice aux travaux les plus importants de ses prédécesseurs ou de ses contemporains; il a dû les mettre à contribution pour exposer l'état actuel de la science ; mais son œuvre n'y perd rien du caractère personnel qui la distingue.

De leur côté, les traducteurs ne se sont pas bornés à une version claire et correcte. Au texte original, ils ont ajouté des annotations nombreuses, souvent très étendues, jusqu'à un chapitre complet, celui de l'*angine scrofuleuse*, entièrement dû à M. Moure. Usant de leur

compétence, ils ont exposé leurs vues particulières, toutes les fois qu'ils l'ont jugé nécessaire, à côté de celles de l'auteur; ils ont enfin décrit et figuré un certain nombre d'instruments, communément employés en France, et que Morell-Mackensie n'avait pas mentionnés.

Les trois parties de cet ouvrage, correspondant aux affections du pharynx, du larynx et de la trachée, sont composées d'après la même méthode. Dans chacune d'elles, l'étude des maladies est précédée de l'anatomie des organes, et de la description de tous les instruments que réclame leur exploration ou une intervention thérapeutique armée. Ce n'est pas trop que d'avoir consacré des articles spéciaux à ces agents essentiels du diagnostic et du traitement, dont le maniement est souvent difficile, toujours délicat, et avec lesquels il est indispensable de se familiariser, sous peine de s'exposer à l'erreur ou à l'insuccès.

De nombreuses figures rendent facile à suivre cette revue très complète de l'arsenal chirurgical, dans laquelle on voit figurer quelques instruments encore peu connus ou peu usités chez nous, et que l'auteur rend attrayante par le soin qu'il prend d'apprécier chacun d'eux en particulier, d'indiquer ceux qu'il emploie et de justifier ses préférences.

La première partie, avons-nous dit, a pour objet les maladies du pharynx. Les angines, avec toutes leurs variétés, y tiennent naturellement une large place; mais, signalons surtout le long et important chapitre consacré à la diphthérie. Cette grave affection est exposée dans son ensemble, et l'étude de l'angine couenneuse est immédiatement suivie de celle du croup; c'est ici que nous trouvons les indications de la trachéotomie, dont nous apprendrons plus loin le manuel opératoire. Si les affections limitées dans leur siège peuvent être envisagées séparément, chacune dans la division qui lui est propre, il n'en est plus de même de celles qui sont susceptibles d'affecter simultanément des parties contiguës. Tel est le cas de la diphthérie, dont les manifestations du côté de la gorge et du larynx devaient nécessairement être réunies dans le même cadre.

Parlerons-nous des abcès rétro-pharyngiens, de l'hypertrophie des amygdales, des tumeurs bénignes et malignes du pharynx? Mais il faudrait tout citer, et nous sommes obligés de hâter le pas.

C'est à peine si la place nous reste pour mentionner, dans la seconde partie, l'histoire complète de la laryngoscopie, véritable traité de l'exploration du larynx; puis, parmi les affections inflammatoires ou organiques, les laryngites, les lésions syphilitiques, les polypes, avec tous les procédés de laryngotomie, sans oublier la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, que Morell-Mackensie lui-même a pratiquée, et dont on s'est tout récemment occupé à la Société de chirurgie; le cancer, enfin, avec son traitement par l'extirpation du larynx, et le résumé de 33 cas de cette opération. La pathologie du larynx comprend encore un long et intéressant chapitre qui traite d'une manière complète des affections névro-musculaires et sensorielles de cet organe; remarquons, cependant, que nous n'avons pas trouvé signalés, à propos des spasmes de la glotte, les accidents spasmodiques qui surviennent chez certains ataxiques, et sur lesquels Féréol, il y a douze ans, et Charcot, plus récemment, ont attiré l'attention. Ces accidents sont cependant très importants, à cause de la gravité des attaques (perte de connaissance, convulsions généralisées) et de la nécessité où l'on a été plusieurs fois de pratiquer la trachéotomie pour parer à des menaces de mort.

La description très détaillée du manuel opératoire de la trachéotomie, qui, pour Morell-Mackensie, ne doit être pratiquée en un seul temps que dans les cas d'urgence, se trouve au début de la troisième et dernière partie, consacrée aux maladies de la trachée. Il nous est malheureusement impossible de nous y arrêter. Bornons-nous à mentionner, en terminant ce trop court aperçu d'un ouvrage aussi considérable, l'appendice qui renferme les formules spéciales des remèdes topiques les plus usités à l'hôpital de la gorge et recommandés par l'auteur.

Le *Traité des maladies du larynx* ne compte pas moins de 800 pages. Un livre de cette taille et de cette importance est au-dessus de toute analyse. Un compte rendu plus explicite n'en donnerait encore qu'une idée bien insuffisante. Il faut le lire pour l'apprécier à sa juste valeur.

Grâce à la traduction allemande de Semon, l'œuvre de Morell-Mackensie a été connue au delà du Rhin en même temps qu'elle paraissait en Angleterre. En la mettant, à leur tour, à la portée du public médical français, MM. Moure et Bertier ont rendu un véritable service dont tous ceux qui s'intéressent au progrès de la science leur sauront gré. — G. H.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 août 1882. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Rapport sur un travail intitulé : Observation de tétanos traumatique; lésion du grand sympathique; discussion. — Rapport sur un travail relatif à l'amputation des doigts surnuméraires discussion. — Abcès tuberculeux sous-ombilical.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Moty, médecin-major à l'hôpita militaire de Guelma (Algérie), intitulé : *Observation de tétanos traumatique aigu; lésions du grand sympathique.*

M. le rapporteur constate d'abord que depuis le remarquable travail de M. le docteur L.-G. Richelot sur la nature et le traitement du tétanos (*Revue des sciences médicales*, t. X et XI, 1877-1878), les recherches anatomo-pathologiques n'ont fait que confirmer les conclusions négatives formulées par l'auteur distingué de ce travail. Aujourd'hui, comme il y a cinq ans, les lésions caractéristiques du tétanos sont à découvrir. Les cordons nerveux, la moelle, le bulbe-rachidien, le cervelet, le cerveau et, dans ces derniers temps, les nerfs spinal et grand hypoglosse ont été signalés comme étant le siège d'altérations morbides. Mais ces lésions ne sont rien moins que constantes, elles n'ont absolument rien de spécifique.

Jusqu'à ce jour le grand sympathique était resté en dehors des centres nerveux incriminés. L'observation de M. le docteur Moty est la première qui relève les lésions de ce centre nerveux dans le tétanos.

Un soldat se fait une piqûre profonde au milieu de la face interne du mollet gauche. Il reste exposé pendant quelques nuits à une température de + 10 degrés environ. Sa plaie s'enflamme, et, au dixième jour, se déclarent les premiers symptômes d'un tétanos aigu pour lequel le malade entre cinq jours après à l'hôpital. Un instant soulagé par l'emploi, à hautes doses, de la morphine et du chloral, ainsi que par les inhalations de chloroforme combinées avec les sudorifiques, il succombe au bout de quarante-trois heures. Le traitement local de la plaie consista en cataplasmes et en onctions avec une pommade mercurielle belladonée. Une incision exploratrice ne fit découvrir aucun corps étranger.

A l'autopsie, vingt-quatre heures après la mort, on constata l'existence d'une phlébite circonscrite au niveau de la blessure. Le nerf saphène interne gauche, dans la sphère d'action duquel se trouve la petite plaie, ne présente aucune lésion, de même que les nerfs cruraux et sciatiques. La substance du cerveau et de la moelle ne paraît non plus être le siège d'aucune altération. Mais il existe une lésion nerveuse très apparente et tout à fait inattendue. Le *grand sympathique*, du côté droit, offre un gonflement très prononcé de son ganglion cervical supérieur, qui est deux fois plus volumineux que celui du côté gauche ; la couleur du ganglion est également plus rosée que celle de son congénère.

En second lieu, à un travers de doigt au-dessous de ce ganglion, au voisinage du point où, dans les conditions ordinaires, on rencontre le ganglion cervical moyen, qui manque chez ce sujet, on observe, sur le tronc du sympathique droit, une ecchymose ovalaire à grand périmètre vertical. Le tronc du nerf est d'ailleurs épaissi et deux fois plus gros qu'à gauche. M. Moty n'a pas constaté d'altération des fibres, mais l'état de la préparation et l'expérience insuffisante des altérations nerveuses ne lui permettent pas, dit-il, d'affirmer qu'il n'y en avait pas.

Cette observation, ajoute l'auteur, tout incomplète qu'elle est, présente comme particularités intéressantes : 1° de s'être produite en hiver et dans des conditions qui mettent en évidence l'inflence du froid humide ; 2° une lésion apparente du grand sympathique qui n'avait pas encore été rencontrée.

Il est admissible, suivant lui, que l'irritation de ce nerf, à laquelle on peut attribuer les crampes des cholériques et des femmes en couches, puisse également déterminer le tétanos par voie réflexe ; mais il se borne à conclure qu'il y a lieu d'examiner les nerfs sympathiques dans les autopsies des tétaniques et de faire remarquer que la lésion observée se trouvait *croisée* avec le siège de la blessure; enfin que, en l'absence d'une asphyxie évidente, l'action du sympathique sur le cœur pourrait avoir hâté le dénouement fatal.

M. le rapporteur croit devoir accentuer encore les réserves faites par l'auteur quant à la nature de l'altération du sympathique cervical et à son influence sur les phénomènes tétaniques. Il se demande pourquoi cette lésion du sympathique ne s'est traduite, pendan la maladie, par aucun phénomène appréciable. L'observation est absolument muette à cet égard.

D'un autre côté, la lésion anatomique elle-même paraît fort mal définie. L'augmentation de volume du ganglion cervical supérieur et de son tronc nerveux était-elle réelle? Est-elle bien prouvée par le volume moindre du ganglion opposé? Ne s'agissait-il pas d'une constitution normale chez ce sujet et non d'un état pathologique? L'ecchymose signalée sur le tronc nerveux, la coloration rosée, sont-elles d'une importance plus grande?

En l'absence d'un examen histologique complet qui démontre péremptoirement l'existence de lésions des tubes nerveux ou des cellules ganglionnaires, les caractères des altérations microscopiques signalées par M. le docteur Moty perdent toute valeur. M. le rapporteur accepte volontiers la conclusion de l'auteur qui demande que désormais l'attention, dans les autopsies de tétaniques, se porte davantage sur l'état du grand sympathique; mais il ne saurait admettre que l'observation de M. Moty démontre la réalité des altérations de ce centre nerveux.

M. Marc Sée déclare qu'il s'associe aux réserves faites par M. le rapporteur. Rien dans l'observation de M. Moty ne prouve la réalité des lésions signalées dans le grand sympathique. Le volume plus considérable du ganglion cervical supérieur droit tenait évidemment à la fusion de ce ganglion supérieur avec le moyen qui manquait chez ce sujet.

Quant à l'infiltration sanguine, observée dans le nerf sympathique droit, elle a pu être causée par une extravasation cadavérique.

M. Desprès demande quel a été le traitement appliqué au malade? Pour lui, il pense que c'est dans la voie de l'élongation des nerfs qu'il faut entrer si l'on veut arriver à un traitement sérieux et efficace du tétanos. Il désirerait savoir si ses collègues ont eu l'occasion d'appliquer ce traitement à cette maladie.

M. Chauvel répond que le malade a été soumis à l'action de doses élevées de morphine et de chloral. Ce dernier médicament a été porté à la dose énorme de 24 grammes dans les vingt-quatre heures, sans résultat.

M. Chauvel n'est pas l'adversaire de l'élongation dans le tétanos; il a même réuni une série de plusieurs cas dans lesquels cette opération a paru avoir de bons résultats; mais il est difficile de savoir de quel côté il y a lieu de faire l'élongation, et sur quels nerfs elle doit être pratiquée.

M. Tillaux a fait l'élongation des nerfs médian et radial du côté gauche chez un malade atteint de tétanos, à la suite d'une blessure du pouce de ce côté. Ce malade avait préalablement été endormi par plusieurs injections sous-cutanées d'une solution contenant 2 à 3 grammes de chloral pour chaque injection. Le malade n'en a pas moins succombé. M. Tillaux ajoute que l'on a fait plusieurs fois, à l'étranger, l'élongation de tous les nerfs du plexus bracchial avec succès.

M. Marchand, dans un cas de tétanos qu'il a eu à traiter, se rappelant les cas très nombreux d'insuccès par l'élongation, a cru devoir faire d'emblée la section du nerf.

M. Verneuil fait remarquer que l'intérêt principal de l'observation, sur laquelle M. Chauvel vient de lire un rapport, gît non dans le traitement du malade qui a succombé, mais dans la constatation anatomo-pathologique faite par l'auteur et de laquelle il semblerait résulter que dans un cas de tétanos consécutif à une blessure de la jambe, il aurait observé des lésions du grand sympathique. Assurément cette observation serait beaucoup plus probante si, en regard des lésions anatomiques signalées par l'auteur, il avait pu constater des troubles fonctionnels du côté du larynx, des poumons ou du cœur; si, par exemple, le malade avait succombé à un spasme laryngé, à une syncope pulmonaire ou cardiaque. En l'absence de cette constatation, les altérations anatomiques indiquées dans l'observation perdent beaucoup de leur valeur.

Dans l'état actuel de la science il faut, au point de vue de l'anatomie pathologique du tétanos, s'en tenir encore aux conclusions du remarquable article publié par M. Richelot dans la *Revue des sciences médicales* de l'année 1877-1878, article dans lequel, avec un soin extrême, l'auteur à réuni un grand nombre d'observations démontrant l'absence d'altérations caractéristiques des systèmes nerveux central et périphérique dans le tétanos. On trouvera dans ce travail excellent l'exposé le plus complet de ce que l'on sait sur cette question.

Quant à la thérapeutique du tétanos, M. Verneuil demande la permission de rappeler qu'il est le premier qui ait obtenu la guérison du tétanos par le chloral et qui ait formulé les règles du traitement de cette affection par cet agent. Le chloral administré suivant un mode particulier, pendant trente jours, a donné plus d'un tiers de succès. Jusqu'à ce jour le chloral, la morphine et l'immobilisation absolue des malades lui paraissent constituer les meilleurs modes de traitement du tétanos traumatique. L'immobilisation absolue des blessés atteints de

tétanos est aux yeux de M. Verneuil d'une importance capitale et il faut, suivant lui, proscrire complètement les frictions et tous les divers modes de balnéation qui font tant de mal aux malheureux tétaniques. On peut ajouter à ces moyens l'élongation des nerfs, méthode excellente à l'aide de laquelle M. Verneuil a obtenu, pour sa part, la guérison d'un employé du chemin de fer d'Orléans atteint de tétanos traumatique, à la suite de l'écrasement des derniers doigts de la main, et auquel il a pratiqué avec un succès complet l'élongation des nerfs médian et cubital.

M. Desormeaux déclare avoir obtenu un certain nombre de guérisons de tétanos traumatiques à l'aide de l'extrait thébaïque administré en potion à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme 20 par jour, suivant la méthode d'un chirurgien dont il regrette de ne pas se rappeler le nom.

M. Le Dentu croit que le chloral et l'opium à hautes doses sont les meilleurs modes de traitement du tétanos. Toutefois, dans deux cas récents de tétanos survenus, l'un à la suite d'une plaie de la main, l'autre à la suite d'une blessure de la cuisse par arme à feu, M. Le Dentu a vu succomber ses malades, malgré l'emploi de 15 grammes de chloral par jour, sous forme de lavements administrés au nombre de cinq dans les vingt-quatre heures, chaque lavement contenant une dose de 3 grammes de chloral.

Dans l'un de ces cas, il a employé également la pilocarpine en injections sous-cutanées ; il a obtenu une salivation et une transpiration abondantes; mais le malade n'en a pas moins succombé.

M. Desprès dit que la méthode d'administration de l'opium dans le tétanos, à laquelle M. Désormeaux a fait allusion, appartient à un chirurgien anglais du nom de Chalmers. Ce chirurgien donnait l'opium à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme par jour ; mais il a été dépassé de beaucoup par Monro, qui a porté la dose de l'opium jusqu'à 7 grammes dans les vingt-quatre heures.

M. Amédée Forget rappelle que la Société de chirurgie s'est occupée, il y a déjà dix ans environ du traitement du tétanos traumatique par le chloral; elle consacra à la discussion de cette question plusieurs séances. M. Forget demande à M. Verneuil si, depuis cette époque, il a eu l'occasion de recueillir de nouveaux faits et quels sont les résultats qu'il a obteusn.

M. Verneuil répond que, dans l'état actuel de la science, le traitement par le chloral, administré d'une certaine façon, lui paraît être la méthode qui, dans le tétanos traumatique, donne le plus grand nombre de succès ou, si l'on veut, le moins d'insuccès. Il évalue au tiers des cas environ le nombre des guérisons obtenues par cette médication. A l'étranger, on associe au chloral la morphine. Qu'on associe au chloral les préparations opiacées, qu'on lui associe l'élongation, la résection, ou même l'amputation du membre, comme le veulent les chirurgiens de l'Amérique du Sud (Brésil, Pérou, Equateur, etc.); qu'on lui associe l'immobilisation absolue des malades, condition capitale qui implique la proscription formelle des bains, des frictions, etc.; qu'on lui associe, enfin, la trachéotomie, comme on l'a proposé dans ces derniers temps et non sans raison, le traitement par le chloral, on ne saurait trop le répéter, reste, jusqu'à présent, le meilleur mode de traitement du tétanos traumatique. Tout cela, d'ailleurs, a été dit et écrit et se trouve consigné tout au long dans l'excellent travail de M. Richelot, dont il a été déjà question. Il serait impossible d'entrer dans plus de détails et de discuter, pour ainsi dire, au pied levé, à la veille des vacances, la question de la thérapeutique du tétanos.

La discussion est close, après quelques mots de M. le Rapporteur dont les conclusions sont adoptées.

— M. Verneuil fait un rapport verbal sur une note adressée par M. le docteur Chrétien et relative à l'amputation des doigts surnuméraires.

Le fait à l'occasion duquel cette note a été envoyée est le suivant : M. Chrétien fut appelé en consultation auprès d'un enfant de dix ans ayant une affection du pied.

Tout en examinant cet enfant, M. Chrétien s'aperçut que le petit malade avait à la main une difformité particulière constituée par un pouce surnuméraire de forme conique, pointue, avec peau amincie et légère mobilité dans l'articulation.

M. Chrétien apprit de la mère, femme très intelligente, que l'enfant, dès l'âge de six mois, avait été opéré de ce pouce surnuméraire, lequel avait repoussé et mis neuf ou dix ans à atteindre les dimensions qu'il présentait actuellement, c'est-à-dire une longueur de deux centimètres environ.

Ce fait, singulier en apparence, n'est point isolé ; ainsi que le rappelle M. Chrétien, Velpeau et M. Le Dentu en ont observé de semblables. Voici l'explication très rationnelle qu'en donne M. Chrétien :

Les phalanges se développent par deux points d'ossification, l'un qui appartient à l'extrémité supérieure de la phalange et l'autre qui appartient à l'extrémité inférieure. Si l'on ampute de très bonne heure et dans la continuité, en laissant le cartilage de conjugaison supérieur, ce cartilage en se développant finit par produire ce que M. Verneuil a désigné sous le nom de *conicité physiologique* du moignon et qui résulte du développement de l'os en longueur, grâce à la conservation du cartilage inter-épiphysaire.

M. Chrétien se demande, en conséquence, s'il n'y aurait pas lieu de modifier le procédé opératoire dans l'amputation des doigts surnuméraires et d'opérer dans la contiguïté, au lieu d'amputer dans la continuité.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien le doigt surnuméraire n'est qu'une bifurcation du doigt normal, et alors il n'y a aucun inconvénient à amputer en rasant l'os au niveau du point de bifurcation ; ou bien le doigt surnuméraire est articulé, et l'on peut craindre, en amputant dans l'articulation, d'ouvrir l'articulation voisine et d'avoir une arthrite purulente suivie d'ankylose de cette articulation.

M. Chrétien conseille de couper dans la continuité, mais extrêmement près de l'articulation, de manière à ne pas ouvrir celle-ci tout en supprimant le cartilage inter-épiphysaire.

M. Verneuil a eu l'occasion d'opérer un pouce surnuméraire articulé. Il a pratiqué la désarticulation et il n'a eu aucun phénomène inflammatoire dans l'articulation, grâce à la méthode des irrigations continues qu'il a employée après l'opération. Aujourd'hui que l'on a le pansement antiseptique et le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, il suffit d'appliquer ce dernier pansement après l'opération pour n'avoir à craindre aucun accident ; les petits opérés peuvent aller, venir, courir, heurter leur membre, y recevoir des chocs, sans le moindre inconvénient ; au bout de dix ou quinze jours, on enlève le pansement et l'on trouve la plaie de l'amputation complètement cicatrisée. Le pansement ouaté est le meilleur que l'on puisse employer, en pareil cas, chez les très jeunes enfants.

En résumé, suivant M. Verneuil, on peut sans inconvénient opérer les doigts surnuméraires en faisant la désarticulation, à la condition d'employer les pansements soit ouaté, soit antiseptique, qui mettent à l'abri de l'arthrite consécutive.

M. Le Dentu a pratiqué plusieurs fois l'amputation des doigts surnuméraires par la désarticulation et il a obtenu la guérison de ses opérés, grâce à l'application du pansement antiseptique.

M. Desprès déclare que, pour toutes les opérations qui se pratiquent sur les doigts, il n'existe aucun pansement qui soit comparable au pansement par occlusion de Chassaignac. Ce pansement l'emporte de beaucoup sur tous les pansements antiseptiques des deux mondes. M. Desprès a employé ce pansement dans deux cas d'ablation de pouce surnuméraire, avec un succès complet.

M. Lucas-Championnière a fait un certain nombre d'amputations de doigts surnuméraires, dans l'articulation, et, dans tous les cas, il a obtenu une guérison rapide à l'aide d'un pansement antiseptique avec l'acide borique. L'acide borique doit être préféré à l'acide phénique, celui-ci ayant l'inconvénient de produire, chez les très jeunes enfants, des accidents d'intoxication. L'expérience montre que les enfants très jeunes supportent mieux que ceux d'un âge plus avancé les amputations des doigts surnuméraires, à la condition d'éviter toute hémorrhagie ; celle-ci, quand elle se produit, est d'ailleurs facile à arrêter par la simple compression à l'aide du doigt.

M. Polaillon a enlevé un assez bon nombre de doigts surnuméraires à la Clinique d'accouchements sur de jeunes enfants, et il n'a jamais vu se produire d'accidents ; il déclare avoir plus de confiance dans le pansement ouaté que dans le pansement par occlusion, n'en déplaise à M. Desprès.

M. Le Dentu, à l'appui de ce que M. Lucas-Championnière a dit au sujet des inconvénients des pansements à l'acide phénique chez les enfants très jeunes, croit devoir citer le fait suivant :

Il y a deux ou trois mois, ayant incisé un kyste du cou, chez un enfant, il plaça dans la cavité du kyste de petits tubes à drainage et fit un pansement à l'acide borique. Quel ne fut pas son étonnement lorsque, le lendemain, la mère lui montra que l'enfant avait rendu des urines noires. Il ne savait à quoi attribuer un pareil phénomène, car l'acide borique n'a pas la propriété de rendre les urines noires. Le mot de l'énigme lui fut donné par M. Lucas-Championnière, qui lui apprit que l'emploi des tubes à drainage, trempés dans une solution d'acide phénique, suffisent pour produire, chez les très jeunes enfants, des phénomènes d'intoxication. Or les tubes que M. Le Dentu avait employés avaient macéré dans l'acide phénique. Les panse-

ments à l'acide phénique sont donc très dangereux à employer chez les enfants très jeunes ; il faut attendre jusqu'à 5 ou 6 ans environ avant de s'en servir.

M. Lucas-Championnière dit que pour éviter les accidents signalés par M. Le Dentu il suffit, avant d'employer les tubes à drainage ayant macéré dans l'acide phénique, de les laver dans une solution d'acide salicylique ou d'acide borique.

— M. L.-G. Richelot lit un travail intitulé : *Observation d'abcès tuberculeux sous-ombilical.*

La Société de chirurgie entre en vacances à partir du mercredi 16 août ; elle ne reprendra ses séances que le mercredi 4 octobre prochain. — A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Trois cas d'atrophie simple des nerfs optiques chez des membres d'une même famille, par le docteur Higgens. — Les trois malades appartenaient à la même famille dont le père possédait une robuste santé, mais avait éprouvé, quelques années auparavant, une attaque de rhumatisme et était atteint de varices des membres inférieurs. La mère avait eu dix enfants : le premier, qui est un garçon, possède une bonne santé ; le deuxième, qui est une fille, a une constitution délicate ; le troisième mourut à l'âge de quatorze mois ; le quatrième est l'un des malades ; après la naissance de ce dernier enfant survinrent deux fausses couches ; le cinquième enfant est une fille qui fait l'objet de la deuxième observation, et le sixième une autre fille bien portante ; le septième mourut quelques heures après sa naissance ; le huitième est un garçon qui est le troisième malade ; le neuvième et le dixième enfant sont en bonne santé.

La première observation est celle du quatrième enfant, qui est un garçon âgé de 15 ans. La vue a diminuée d'acuité depuis trois mois et le rétrécissement du champ visuel est tel qu'il ne peut apercevoir simultanément tous les doigts de la main. A l'ophthalmoscope, on constate que les papilles sont décolorées et la rétine congestionnée.

Le deuxième enfant est un garçon de 10 ans qui ne peut plus, depuis un mois quand il lit, distinguer toutes les lettres, mais qui peut encore trouver son chemin. Les papilles des deux yeux sont pâles.

La troisième malade, une fille âgée de 13 ans, dont les yeux commencèrent à perdre de leur acuité visuelle il y a environ huit mois, ne peut pas lire le n° 16 de l'échelle de Jœgers à six pouces ; mais elle peut encore se conduire. Les papilles optiques sont décolorées et la rétine présente une coloration rouge plus foncée qu'à l'état normal.

Ces malades n'éprouvent ni céphalalgie ni aucun autre symptôme que les troubles de la vision. Il est probable que l'atrophie papillaire est due à des altérations des vaisseaux sanguins. (*The Lancet*, 19 nov. 1881, p. 869.)

L'hérédité des lésions trophiques ou fonctionnelles des organes de la vision a été démontrée expérimentalement par M. Brown-Séquard sur des générations successives de cobayes. Ces cas sont donc analogues aux atrophies ou aux lésions de développement chez des animaux issus de parents ayant été atteints de traumatisme. — Ch. E.

VARIÉTÉS

LE FROID A LA MORGUE.

Ce n'est pas sans de nombreuses démarches et sans une persévérance opiniâtre que M. le professeur Brouardel a pu triompher de toutes les résistances, et, à l'imitation des capitales étrangères, réaliser à Paris la conservation par le froid des cadavres qui séjournent à la Morgue.

Le froid y est produit par un appareil Carré à distillation d'ammoniaque ; l'ammoniaque, liquéfiée à l'état de vapeur, fait descendre une solution de chlorure de calcium à une température de 20 à 30 degrés. Cette solution est conduite par des tuyaux, et s'échappe du haut de la chambre d'exposition sous forme de cascades ; l'air est donc refroidi. En vertu de la densité qu'il acquiert aussi, il descend des parties supérieures vers le sol ; de plus le chlorure de calcium, absorbant la vapeau d'eau, aucune humidité n'existe plus dans la salle. Les cadavres sont donc dans un milieu favorable à leur conservation, c'est-à-dire dans un milieu réunissant les conditions requises de froid et de sécheresse.

Dans une salle voisine existent des cellules dont la température, grâce à des dispositions

analogues, peut descendre à volonté de 0 à 30. Elles sont destinées à la conservation des corps qui doivent séjourner pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Il serait désirable que des installations semblables soient établies dans les amphithéâtres d'anatomie. On aurait le double avantage de conserver les corps et d'enlever toute odeur putride.

En présence des succès de cette installation il est probable que le problème de la production industrielle du froid, résolu industriellement par les appareils Carré, rendra facile l'emploi hygiénique de cet agent dans la conservation des denrées alimentaires et dans l'assainissement des salles de malades. Cet avantage serait grand surtout à bord des navires et sous les climats chauds. — Ch. E.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instrution publique :

MM. les docteurs Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Delcominète, chargé de cours à l'École de pharmacie de Nancy ; Labéda, professseur à l'École de médecine de Toulouse ; Gallerand, médecin en chef de la marine ; Latteux, chef du laboratoire d'histologie à la Faculté de médecine de Paris ; Masse, médecin principal de 1re classe, en retraite.

M. Darboux, professeur à la Faculté des sciences.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Gentilhomme, professeur à l'École de médecine de Reims ; Livon, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille ; Battandier, professeur à l'École de médecine d'Alger ; Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Castelain, agrégé près la Faculté de médecine de Lille ; Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Mandon, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Thomas, professeur à l'École de médecine de Tours ; Viaud Grand-Marais, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Baudoin, médecin-major au 33e de ligne ; Bedoin, médecin-major à l'hôpital militaire de Médéah ; Boyer, délégué cantonal à Lorris ; Carassus, président de la délégation cantonale de Milly ; Cassedebat, médecin aide-major de 1re classe ; Chantereau, conseiller d'arrondissement à Saint-Étienne-de-Mont-Luc ; Édouard Choquet ; E. Donadieu, délégué cantonal du IIe arrondissement de Paris ; Raphaël Dubois ; Mary Durand, délégué cantonal du Ier arrondissement de Paris ; Gueit-Dessus, maire du IVe arrondissement de Paris ; Guillaumet, medecin de l'École Colbert ; Labbée (Louis-Anselme-Ernest) ; Jean Mauriac (de Bordeaux) ; Jules Seure (de Saint-Germain-en-Laye) ; Védrine, organisateur des sociétés de gymnatisque de Versailles ; Edmond Delorme, médecin de 2e classe, agrégé à l'École du Val-de-Grâce ; Moreau, auteur d'ouvrages sur l'histoire naturelle.

MM. de Clermont, sous-directeur du laboratoire à la Faculté des sciences de Paris ; Hallez, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lille ; Boudier, pharmacien à Montmorency ; Fua, ancien préparateur à l'École de pharmacie de Paris ; Lebaigue (Robert-Eugène), chimiste ; Alexandre Porlier, préparateur au College de France ; Burker, pharmacien-major de 1re classe, agrégé à l'École du Val-de-Grâce ; Trasbot, professeur de pathologie générale à l'École d'Alfort.

Boite aux Lettres

A M. le docteur X..., à Pleine-Fougères. — Ni l'administration, ni les médecins ne peuvent être rendus responsables des inventions ou des indiscrétions des journalistes. Bien des causes diverses, en dehors de nous et en dehors des hôpitaux, peuvent se réunir pour faire courir sur un malade des bruits vrais ou faux de toute nature. Les reporters s'abritent trop souvent derrière des autorités qu'ils n'ont jamais consultées.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

L'Académie, dans ses dernières séances, s'est occupée de l'alimentation des nouveau-nés. Nous ne savons pas si la discussion ouverte sur ce sujet doit avoir une suite après les vacances d'un jour que la savante compagnie vient de se donner à l'occasion de la « fête concordataire » du 15 août. Mais l'importante communication du professeur Parrot sur la nourricerie des Enfants assistés, le discours dans lequel M. Bouchardat est venu donner aux travaux de ce maître distingué l'appui de sa vieille expérience, enfin quelques mots prononcés par M. Tarnier à propos de la présentation d'un tout petit livre plein de science et d'enseignements pratiques, ont suffi pour donner à cette question, vieille comme le monde, un sérieux intérêt d'actualité. Au milieu des progrès de l'hygiène moderne, ceux que fait l'hygiène de la première enfance doivent être placés au premier rang. Qui peut refuser son approbation et ses encouragements à tous les travaux sérieux qui ont pour but de nous éclairer sur la physiologie des nouveau-nés, sur les soins et le mode d'alimentation qu'ils réclament, sur les erreurs et les préjugés qui leur portent si souvent une mortelle atteinte?

C'est à ce titre que le tout petit livre dont nous venons de faire mention nous a paru mériter de fixer les regards aussi bien qu'un discours académique. Il a pour titre *Physiologie et hygiène de la première enfance, considérée surtout au point de vue de l'alimentation*, et pour auteurs MM. Tarnier et Chantreuil. C'est un chapitre détaché du *Traité de l'art des accouchements*, signé de ce maître éminent et de ce regretté collègue, traité dont le premier volume a récemment paru. L'importance vitale des questions étudiées dans ce chapitre a inspiré à l'éditeur, M. H. Lauwereyns, l'heureuse idée de le publier à part, et d'en répandre ainsi plus sûrement l'influence bienfaisante.

FEUILLETON

HERMANN PIDOUX

Discours prononcé par M. Desnos, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, aux obsèques de M. Pidoux.

Appelé à l'honneur d'adresser, au nom de la Société médicale des hôpitaux, le dernier adieu à l'homme éminent qu'elle vient de perdre, je ne puis songer, au bord de cette tombe, à apprécier comme ils méritent de l'être la vie et les travaux de M. Pidoux. En d'autres circonstances et dans un autre lieu, j'essaierai de caractériser son œuvre, de montrer la voie lumineuse que, depuis plus de quarante ans, elle a ouverte dans la science et la pratique de la médecine et la trace profonde qui en restera. Je dois me borner à reproduire les traits les plus saillants de son existence scientifique, dans les points qui intéressent la pratique hospitalière et la profession médicale dont il fut un des plus dignes représentants. D'autres vous diront ses titres de philosophe et d'historien de la médecine.

Le rôle de clinicien est avant tout le rôle du médecin d'hôpital. La clinique qu'il cultive réunit en un faisceau, pour les faire converger vers la guérison du malade ou l'amélioration de son sort, toutes les longues, laborieuses et attrayantes études du médecin. Comme but suprême de ses efforts, s'offrent la thérapeutique et la matière médicale, c'est-à-dire la science des indications curatives que fournissent les maladies et les moyens de les

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une analyse bibliographique, mais bien d'indiquer le côté éminemment pratique du livre, celui qui a trait à la discussion pendante à l'Académie. Ainsi, nous passerons sur l'exposé de la physiologie de la première enfance, circulation et sang, respiration, température, digestion, sécrétion urinaire, etc. Nous n'insisterons pas sur des questions qui sont cependant du plus vif intérêt, telles que l'augmentation du poids de l'enfant, l'accroissement de sa taille, etc.; nous laisserons enfin les soins à donner pendant la première enfance, pour arriver à l'*alimentation*. « Bien dirigée, elle rend les enfants forts et vigoureux; mal conduite, elle amène leur dépérissement et détermine souvent leur mort. » L'allaitement naturel, artificiel ou mixte, occupe les auteurs pendant de longues pages.

Si l'allaitement artificiel donne si habituellement de funestes résultats, disait M. Tarnier en présentant son livre à l'Académie, cela tient à ce qu'il est généralement dirigé d'une façon déplorable. Or, quelques-unes des notions essentielles qu'on n'a pas le droit d'ignorer quand on veut le mettre en pratique, et dont la vulgarisation préviendrait certainement beaucoup de malheurs, nous paraissent contenues dans le passage suivant :

« Malgré quelques divergences de détail, les analyses sont suffisamment concordantes dans leur ensemble pour donner lieu à des considérations intéressantes. Il en ressort que le lait qui, par la proportion de ses principes constituants, ressemble le plus au lait de femme est celui d'ânesse, qui contient à peu près la même quantité de matières albuminoïdes, un peu moins de beurre et plus de sucre. Le lait de jument contient encore moins de beurre et aussi moins de matières albuminoïdes. Tous deux sont notablement plus riches en sels que le lait de femme.

« Le lait de femme, le lait d'ânesse et le lait de jument présentent entre eux de grandes analogies. Dans tous les trois, la proportion de l'eau est considérable ; ce sont des laits *legers*.

« Les laits de vache, de chèvre, de brebis, peuvent être considérés comme formant un second groupe caractérisé par une moindre proportion d'eau, ou, en d'autres termes, par une concentration plus grande... Quant au lait de chienne, qui a été aussi proposé pour l'alimentation des nouveau-nés, sa concentration est extrême. Il contient deux fois plus de matériaux fixes que le lait de femme. »

Ces assertions concordent parfaitement avec les idées émises à la tribune par M. Parrot, et avec les résultats que lui a donnés depuis un an l'usage du lait

réaliser. Or, c'est surtout comme thérapeutiste de premier ordre que nous nous représentons M. Pidoux au milieu du Corps médical des hôpitaux. Ses droits au titre de thérapeutiste de premier rang, à quoi bon vous les énumérer ? Vous les connaissez tous. Tous vous avez lu et relu cette œuvre magistrale : le *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, monument que j'allais appeler impérissable, si le lieu qui nous rassemble ne nous faisait hésiter devant cette expression, qu'en compagnie d'un autre maître illustre, il éleva à l'art de guérir. Trousseau et Pidoux ! Ces deux intelligences d'élite se complétèrent l'une l'autre pour accomplir ce chef-d'œuvre, dont les éditions nombreuses et la traduction dans la plupart des langues du monde civilisé suffiraient seules à affirmer la valeur. Mais, au milieu des parties complexes de cette production commune, quelques-unes paraissent devoir être plus spécialement attribuées au collègue qui vient de succomber. Elles se distinguent plus particulièrement par la hardiesse de la pensée, la vivacité des convictions et cette puissance de grand écrivain qui a pu faire appeler M. Pidoux le Victor Hugo de la médecine. Je viens de parler de la vivacité de ses convictions. Elles ne l'entraînèrent pas au delà des limites d'une polémique loyale et courtoise. Il ne reconnaissait pour adversaires que des idées, jamais des hommes ! Aussi eut-il des contradicteurs, mais pas d'ennemis.

Entre toutes les parties de la thérapeutique et de la matière médicale qu'il cultiva avec le plus d'ardeur, de succès et de personnelle originalité, il convient de rappeler l'application des eaux minérales à la cure des maladies. Il a su imprimer à la science hydrologique et à la pratique thermale une direction élevée et les porter à des hauteurs que peut-être avant lui elles avaient eu peine à atteindre. Son esprit ingénieux, généralisateur, se sentait à l'aise au milieu des conceptions qu'engendre l'étude des maladies chroniques, des affinités qui les

d'ânesse à la nourricerie des Enfants-Assistés. Voilà donc un ensemble de faits capables de fournir dores et déjà une direction sérieuse aux médecins dont on réclame les conseils.

Quoi qu'en puissent dire les poëtes et les sophistes, fussent-ils inspirés par J.-J. Rousseau lui-même, l'allaitement maternel, toujours désirable et supérieur à tout autre, est loin d'être toujours possible, même dans les conditions sociales les plus régulières. C'est donc perdre son temps et faire œuvre de prud'homme que de le recommander à outrance, et de fulminer contre l'allaitement artificiel. On fait une œuvre plus utile en s'efforçant de réglementer celui-ci au lieu de le proscrire, en cherchant par la physiologie et l'expérience à fixer les conditions et les lois qui permettront d'en tirer le meilleur parti possible. — L.-G. R.

REVUE GÉNÉRALE

LE COUP DE CHALEUR.

Un certain nombre de travaux récents ont remis à l'ordre du jour l'étude d'une question dont l'intérêt majeur en médecine rurale, urbaine ou d'armée, non plus que l'actualité, à cette date, ne sont à démontrer : le coup de chaleur.

Les intéressants mémoires de Lacassagne, Zuber, insérés dans ce journal, les importantes monographies de Jacubasch et Meyer; les notions émises dans nos derniers traités d'hygiène, et tout ce faisceau de publications, d'un caractère moins dogmatique, éparses dans les périodiques allemands, anglais et américains, constituent un imposant ensemble de documents qui n'ont point sans doute complètement renouvelé la question, mais dont il n'est pas moins fructueux d'examiner les tendances.

Dans le si court espace des quatre ou cinq dernières années qui limitent le cadre de cette revue, l'anatomie et la physiologie pathologiques du coup de chaleur n'ont guère fait d'acquisition nouvelle; on doit convenir qu'à ce point de vue la question, qui est un des triomphes de la méthode expérimentale, est bien près d'être épuisée. Les belles recherches de Cl. Bernard, de Vallin surtout, sont absolument concluantes. Cette expérimentation ne peut être reprise avec plus d'ingéniosité dans les procédés, de sagacité dans l'observation, de précision dans les résultats.

Les derniers venus, en apportant leur contribution à l'histoire symptomatique de l'insolation, se sont donc bornés, en général, à faire appel, pour la pathogénie, au fond désormais classique des données expérimentales antérieurement acquises.

---

rapprochent, des antagonismes qui les séparent et dont la connaissance peut être journellement mise à profit par le thérapeutiste.

Les eaux minérales qui attaquent dans leur racine ces maladies chroniques primitives ou dérivées étaient dans leur mode d'action, dans leur évolution, l'objet des préoccupations incessantes de M. Pidoux. La Société d'hydrologie conserve le souvenir des mémorables discussions sur les origines et la curabilité de la phthisie, sur le rhumatisme et la goutte dans lesquelles il intervint avec tant d'éclat et d'autorité. S'il n'avait dû abandonner depuis un certain nombre d'années déjà la pratique des hôpitaux, notre regretté collègue eût vu avec bonheur la part, bien que trop restreinte encore, qu'on fait actuellement à la médecine thermale dans la pratique nosocomiale. Il eut été heureux de voir les effets favorables qu'en peuvent retirer au même titre que les malades favorisés par la fortune, les pauvres confiés à ses soins. Car, essentiellement homme de devoir et de charité, M. Pidoux accomplissait avec conscience, j'allais dire avec amour, ses fonctions de médecin d'hôpital. Aussi était-il adoré de ses malades pour l'intérêt qu'il leur portait, pour le bien qu'il leur faisait, et de ses élèves pour son dévouement envers eux, pour l'instruction qu'ils puisaient dans son enseignement original et savant. Les qualités du cœur et de l'esprit qu'il montrait dans ses salles se retrouvaient dans ses rapports avec ses collègues qui l'aimaient pour son aménité, pour la bonté de son cœur, la loyauté de son caractère et la sûreté de ses relations. Aussi le corps des hôpitaux sentira-t-il longtemps le vide que lui laissera la disparition de cette grande figure d'homme et de médecin, dont il tenait la présence pour un grand honneur.

Recevez donc par ma bouche, cher et vénéré maître, les adieux et les suprêmes regrets de la Société médicale des hôpitaux et de celui qui s'enorgueillissait, dès longtemps, de votre bienveillante amitié.

Le mémoire du professeur Lacassagne (1) occupe un rang distingué parmi les travaux qui se sont préoccupés de faire bénéficier la clinique des résultats expérimentaux; mais peut-être est-il allé trop loin dans cette voie.

Les physiologistes ayant pensé observer par l'échauffement isolé des centres nerveux, obtenu au moyen de certains artifices expérimentaux (courant d'eau chaude autour de la tête, etc.) une phénoménologie absolument distincte de celle de l'échauffement en masse du corps par le calorique des milieux, l'auteur croit devoir accepter, cliniquement et pathogéniquement, cette dichotomie, et s'efforce de différencier, à ce double titre, le coup de chaleur du coup de soleil. Il ne s'agit, bien entendu, que des phénomènes généraux auxquels peut donner lieu l'exposition prolongée à la radiation solaire, et non de l'affection locale qui pourrait prêter à confusion par une synonymie vicieuse, c'est-à-dire de l'érythème solaire.

En fait, peut-il y avoir coup de soleil sans coup de chaleur?

Un moissonneur courbé sur sa faulx, un soldat en marche, un marin sur le pont d'un navire, exposés sans abri aux rayons ardents d'un soleil de canicule, ne peuvent guère ressentir isolément les effet de la radiation solaire directe et ceux du calorique ambiant. Quelle hiérarchie pathogénique est-on fondé à établir, dans l'action commune, entre ces deux facteurs d'une origine identique? L'expérimentation ne l'a pas défini, et l'observation est bien plus en défaut encore. Le coup de chaleur peut être plus aisément conçu indépendamment du coup de soleil; mais, cliniquement, les accidents de coup de chaleur par insolation ou par excès de calorique ambiant, naturel ou artificiel, permettent difficilement une différentiation symptomatique absolue. Dans l'un et l'autre cas, on observe les mêmes symptômes cérébraux ou asphyxiques qui caractérisent les deux formes essentielles de l'affection, ou à une analyse plus minutieuse, ces variétés assez nombreuses que M. Lacassagne reconnaît dans l'insolation à des degrés divers. Le fait de l'identité clinique de ces accidents, sous toutes les latitudes et par des mécanismes différents, ne justifie pas davantage cette proposition paradoxale que le coup de soleil est plus propre aux pays tempérés, le coup de chaleur aux régions intertropicales.

L'auteur enregistre les intéressants résultats des recherches de Kaster et Siedamgrotzky, relativement aux lésions du sympathique et du phrénique, et qui sont de nature à donner la clé d'un certain nombre de particularités symptomatiques du coup de chaleur.

Le travail du professeur Lacassagne renferme un assez grand nombre d'observations attentivement relevées, et présente au plus haut degré ces qualités de style et d'érudition de bon aloi, qui caractérisent toutes les productions du maître.

Avec un parfait dégagement de personnalité, l'auteur termine son mémoire par une note de M. Le Roy de Méricourt, qui s'inscrit contre la distinction artificielle du coup de chaleur et du coup de soleil. « Le coup de chaleur par insolation aussi bien que par excès de calorique ambiant naturel ou artificiel, qu'il affecte la forme asphyxique ou cérébrale, ou une forme mixte, offre cliniquement des tableaux identiques à l'observateur, dans les contrées tropicales comme dans les pays tempérés, pendant les ardeurs de l'été, dans la chambre de chaufferie des bâtiments à vapeur, comme sous la tente du soldat en Afrique ou dans l'Inde. »

Horatio Wood (1) distingue deux formes cliniques souvent confondues, parce qu'elles peuvent présenter un complexus symptomatique identique, et dont la distinction, capitale et pratique, repose sur l'essai thermométrique. Il insiste par deux nouveaux exemples sur la légitimité de cette distinction. De deux malades atteints de coup de chaleur avec symptômes semblables, perte de connaissance, délire, etc., l'un a 42°2 de température, l'autre 35°1. De là des indications bien différentes. Tandis que les excitants devront réussir dans le dernier cas, le premier réclame le bain froid, où le malade sera laissé jusqu'à ce que la température soit descendue à 37°8.

Le docteur Smith (2) a publié deux faits d'insolation hyperthermique se rapprochant de celui de Wood, suivis de mort : 42°5 et 43°5. La cause de la mort dans le premier cas, suivant l'auteur, serait des lésions pulmonaires d'asphyxie, de paralysie cardiaque dans le deuxième. Une injection intraveineuse *in extremis* d'ammoniaque diluée, n'a donné aucun résultat.

43°6 constituent déjà une hyperthermie peu commune. Ce n'est pas encore, cependant, le chiffre presque invraisemblable de 46°1, rapporté par Blachez dans un article inspiré par le mémoire de Lacassagne (3), où se trouve méthodiquement présentée la question du coup de chaleur, mais qui n'apporte ni vues ni faits nouveaux.

(1) De l'insolation et des coups de soleil. V. *Union médicale*, 1878, 12 janvier et suiv.
(2) *Philadelphia med. Times*, août 1876.
(3) Bristol roy. Inf. *The Lancet*, 29 juillet 1876.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 17 août 1877.

Smith cite encore un cas de coup de chaleur, dû au docteur Chute, dans lequel la guérison fut obtenue au moyen des injections hypodermiques de sulfate de quinine. A ce propos, et dans un des numéros suivants de *The Lancet*, le chirurgien-major Lalle, de l'armée anglaise, a réclamé pour son propre compte le mérite de l'introduction des injections de quinine dans la thérapeutique du coup de chaleur. Il convient de lui donner acte de cette revendication.

Handfield Jones (1) a observé un cas de coup de chaleur ayant débuté par la perte de connaissance, du délire, de la stupeur, suivi de troubles vésaniques et d'hémiplégie gauche incomplète. Le malade présenta en même temps une éruption de roséole généralisée. Il y avait au cœur dédoublement du deuxième bruit, à la pointe et au milieu du sternum. La guérison fut obtenue par un traitement dont les toniques et les excitants formaient la base : noix vomique, carbonate d'ammoniaque, quinquina.

Les accidents paralytiques ou anesthésiques consécutifs au coup de chaleur ne seraient pas très rares. A Shang-Haï, en 1866, on observa un assez grand nombre de paraplégies de courte durée. Peacock, en 1868, a signalé l'hémiplégie droite avec aphasie, et Andrews et Duckworth une paralysie généralisée chez un enfant de 2 ans.

En 1878, la ville de Saint-Louis (Nouvelle-Orléans) eut à souffrir d'un été accablant. Le docteur Kennard (2) accuse plus de 3,000 cas d'insolation (population 500,000 âmes) pendant cette saison. Du 10 au 20 juillet, le thermomètre oscillant entre 28° et 38°, il y eut 154 décès de ce chef, le tiers de la mortalité pour toute la ville, chiffre qui doit être encore augmenté, et prendre sa part dans les 40 décès par convulsions, 34 par maladies cérébrales, 17 par apoplexies. A City Hospital, 112 cas donnèrent 9 décès. La température des malades présentait de 42°2 à 43°3. A l'autopsie, le cerveau était généralement *anémié*; il y avait de l'œdème et de la congestion pulmonaire; le ventricule droit était gorgé de sang. Le mécanisme de la mort était la paralysie cardiaque essentielle, sous la dépendance de l'excès de température du sang, due elle-même à la perversion fonctionnelle des centres nerveux régulateurs de la chaleur centrale.

Le traitement qui a donné les meilleurs résultats a consisté dans les applications froides, locales ou générales, la douche percutante. Le bromure de potassium, à larges doses, aidait à la guérison en déterminant une abondante diurèse. Les convulsions n'étaient pas toujours arrêtées par le froid; il fallait alors employer les applications chaudes, les bains de moutarde. Intervenaient encore les cathartiques et le sulfate de quinine.

Le fait du docteur Ransam (3) est à rapprocher de celui d'Handfield Jones, et tendrait à faire jouer un certain rôle aux cardiopathies dans les déterminations cérébrales graves du coup de chaleur : chez un homme porteur d'un bruit de souffle organique, coma apoplectique, avec mouvements convulsifs, 42°6 de température rectale; il y eut de l'albuminurie, comme dans les deux faits rapportés par Gubler, qui trouvait également de la glycosurie : constatations faites très rarement. Le malade guérit par le bain froid.

La monographie de Jacubasch (4) a toute l'importance d'un véritable traité sur la matière, envisageant tout particulièrement le point de vue de la médecine d'armée.

Débutant par un rapide examen de la distribution géographique, l'auteur admet que le coup de soleil est surtout un accident des pays chauds. On l'observe particulièrement dans les îles de la côte orientale d'Afrique, dans le golfe d'Aden, la Mer rouge, aux Indes, dont les hôpitaux, de 1860 à 1873, ont présenté 2,298 cas avec 890 décès. En Amérique, la côte de l'Océan Pacifique jouit, à l'égard de ces accidents, d'une immunité qui est loin d'appartenir aux côtes et aux îles du golfe du Mexique et aux régions sud des Etats-Unis. On les voit diminuer de fréquence, à mesure qu'on se rapproche du pôle, pour disparaître au niveau du 50ᵉ degré de latitude en Amérique, du 56ᵉ en Europe. Le coup de chaleur (Wärmschlag) appartiendrait surtout à la zone tropicale. Aux zones tempérées reviendrait encore une troisième forme (Hitzschlag), sorte de coup de chaleur dans des conditions particulières de réceptivité du sujet.

L'énumération des lésions anatomiques reproduit sans nouveauté aucune le tableau bien connu des altérations congestives des différents organes; l'auteur croit pouvoir en inférer, comme cause univoque de la mort, la paralysie cardiaque par coagulation du suc musculaire, sous l'influence de l'excès du calorique central. C'est, en somme, la théorie d'Obernier, complétée par les résultats de l'examen microscopique.

Le coup de soleil reconnaît pour cause l'exposition directe aux rayons solaires d'un organisme au repos. Le coup de chaleur, première forme, l'excès du calorique ambiant; le hitzschlag, le consensus complexe qui résulte à la fois et de l'augmentation de production du ca-

(1) *Med. Times and. Gaz.*, p. 271, 16 mars 1878.
(2) *New-Orléans med. Journal*, octobre 1878.
(3) *The Lancet*, 1878, 21 septembre.
(4) *Sonnenstich und Hitzschlag*, Berlin, 1879, et *Deutsch milit. Zeitschrift*, 1879, p. 475.

lorique intérieur par les rayons solaires, une atmosphère surchauffée, le travail musculaire, et d'une diminution dans les pertes en calorique, du fait d'une transpiration pervertie, des difficultés de rayonnement, etc.

En admettant, chose discutable, que ces catégories répondent à des modes étiologiques parfaitement distincts, l'intérêt clinique de ces divisions est très secondaire, puisque l'auteur ne tente même pas d'en établir le tableau symptomatique différentiel. Entre autres traits d'une symptomatologie bien connue, il signale l'augmentation quelquefois considérable de la chaleur centrale, la diminution des urines, leur grande teneur en sels et la présence, dans quelques cas, du sucre, de l'albumine et du sang, les troubles psychiques, les hallucinations de la vue et de l'ouïe, la tendance au suicide. Les fastes de l'Algérie ont conservé le souvenir de cette colonne de Bugeaud, éclaircie par tant de suicides.

La durée des cas légers est très courte ; dans les cas graves, elle est en moyenne de neu à onze jours. L'absence de transpiration, l'atrésie pupillaire, une température dépassant 42°, aggravent le pronostic, de même qu'un état pléthorique, une très forte constitution sont des conditions désavantageuses. La mortalité dans l'armée allemande est de 27,17 pour 100 (1), dans les armées anglaise et autrichienne 6,63 et 1,17. Il est évident que dans ces deux derniers pays, cette statistique n'est pas dressée avec la même rigueur, sur les mêmes bases qu'en Allemagne. Aux Indes, on compte 38,7 pour 100. Il n'est pas question de l'armée française, dans la statistique de laquelle on regrette de ne pas voir une place faite au coup de chaleur. Dans la dernière statistique pour l'année 1878, on compte parmi les accidents suivis de mort immédiate, 4 cas d'asphyxie par la chaleur, proportion qui ne donne aucune idée de la fréquence réelle des accidents d'insolation dans notre armée.

Parmi les moyens prophylactiques qui permettent de conjurer ces accidents dans l'armée, l'auteur signale : l'allègement de la charge, la suppression de tous exercices et marches fatigantes pendant les chaudes journées d'été, comme aussi le lendemain des jours fériés; la marche en colonnes espacées, à rangs ouverts de chaque côté de la route, la liberté du cou par l'ouverture du col, et le relâchement de la cravate ; les haltes suffisamment fréquentes à l'ombre; la prohibition des alcooliques remplacés par le café noir dans les bidons.

L'intervention thérapeutique doit être immédiate et résolue, réfrigérants s'adressant à l'hyperthermie, lotions froides, bain froid, glace intus et extra, combinés aux excitants visant la paralysie cardiaque : injections sous-cutanées d'éther, alcooliques, sinapismes, au besoin respiration artificielle. La phlébotomie, le grand moyen d'autrefois, est, dans tous les cas, formellement contre-indiquée.

(La fin dans un prochain numéro.)

(1) D'après Zuber (Rapport sanitaire, statistique de l'armée prussienne pour 1874-78, *Revue militaire de médecine et de chirurgie*, p. 134). On compte pour 93, 81, 52 et 74 cas traités dans les hôpitaux de 1874 à 1878, respectivement 15, 32, 5 et 19 décès.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DE LA MOELLE CERVICALE,

Par les docteurs Hénocque et Eloy.

Dans la séance de la Société de biologie du 5 août, ces expérimentateurs ont continué d'exposer les résultats de leurs recherches sur les *fonctions du nerf phrénique*. Ces résultats nouveaux confirment les précédents. (Union médicale, 27 juillet et 5 août 1882.) Nous n'y reviendrons pas.

Dans le cours de ces recherches, ces expérimentateurs ont pratiqué des *sections longitudinales et des hémisections transversales* de la moelle à divers niveaux. Dix fois, dans vingt-cinq expériences, ils ont observé que la section longitudinale ne produisait pas l'arrêt du diaphragme ou de la respiration. Quand cette section était faite auprès du sillon collatéral postérieur, les contractions de la moitié correspondante de ce muscle étaient suspendues.

Les hémi-sections latérales donnaient des résultats variables (arrêt de la totalité ou arrêt de la moitié correspondante du muscle). Les sections partielles ont pu être multipliées à diverses hauteurs, entre la troisième cervicale et la première dorsale, sans arrêter les mouvements respiratoires. Dans quelques expériences une simple piqûre avec le bistouri a pu suffire pour suspendre les mouvements, tandis qu'une faible excitation sur les cordons latéraux mettait en action les deux nerfs phréniques.

De plus, on a pu observer chez les cobayes, pendant ces expériences, la production d'*atta-*

ques d'épilepsie avec *véritable état de mal*, par des lésions superficielles des cordons postérieurs dans la région de la moelle cervicale comprise entre les quatrième et sixième vertèbres cervicales. Sur un chat, ces mêmes attaques ont été provoquées par la section transversale au-dessus de la troisième paire cervicale gauche. Ces attaques se répétaient pendant longtemps, et chacune d'elle variait de quatre à seize minutes. Elles ont été uni ou bilatérales. Cette portion de la moelle cervicale n'avait pas été signalée par M. Brown-Séquard ni les autres expérimentateurs comme une région épileptogène par traumatisme. Nous n'entrerons pas dans des considérations cliniques importantes, auxquelles ces faits, en partie nouveaux, donneront lieu. Les auteurs se réservent de les exposer dans un prochain mémoire.

(Société de Biologie : 5 août 1882.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 avril 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal de médecine de Paris;* la *Revue des travaux scientifiques*, t. II, n° 3 (1881) ; le n° 32 de l'*Association française pour l'avancement des sciences;* une brochure du docteur Krishaber *Sur la méthode ignée dans le traitement des granulations du pharynx et du larynx;* un exemplaire du mémoire de M. Thevenot *Sur le rôle des muscles utéro-pelviens pendant la grossesse et pendant le travail.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Mathelin et une de M. Cyr, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. Omer Marquez, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères (Var), membre correspondant de la Société, qui envoie une *Notice médicale sur Hyères, station hivernale.*

Une lettre de M. le docteur Bancel (de Toul), qui sollicite le titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Coignard, Thevenot et Christian rapporteur, est chargée d'examiner les titres de candidature de M. le docteur Bancel.

M. de Beauvais, secrétaire général, communique une lettre dans laquelle on demande si les internes des hôpitaux seront admis à concourir pour le prix Duparcque.

La Société décide que tous les médecins peuvent concourir.

M. Ladreit de Lacharrière fait hommage à ses collègues d'un volume intitulé : *Des maladies de l'oreille*, extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1882). Cet ouvrage illustré de nombreuses gravures, est un résumé très substantiel des maladies de l'appareil de l'audition et de leur traitement.

—

M. Forget présente, au nom de M. Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Salins-Moutiers, membre correspondant de la Société, deux observations de pessaires primitfs, et deux autres observations intitulées : *Eruptions érysipélateuses produites par l'application de teinture d'arnica pure.*

Description de pessaires primitifs et observations.

Obs. I. — Il y a dix ans une femme de la campagne, Mme X..., de la commune de Peisey (Savoie), vint consulter mon père pour une affection utérine. C'était une femme de 45 ans, de tempérament sanguin et de constitution robuste; elle était encore réglée. Après l'avoir visitée, mon père constata dans le col utérin un corps étranger, et il m'appela en consultation pour en faire l'extraction. Il me fut impossible, malgré de nombreux efforts, de l'extraire avec les doigts, et je fus obligé d'introduire la pince à faux germe pour le saisir et l'amener au dehors. C'était un bouchon de bouteille en liège, assez gros et qui était encastré dans le col de la matrice; ce bouchon de liège mesurait 4 centimètres 1/2 de longueur sur 3 de largeur; il avait été ainsi placé, au dire de la femme en question, par un médicastre, plusieurs années auparavant, pour remédier à une chute de matrice. Cette femme m'a affirmé que cet appareil ne lui avait pas occasionné une gêne sensible, et que ses règles avaient continué de couler comme auparavant; ce n'est que depuis quelques mois qu'elle ressentait des douleurs au bas du ventre, avec des pertes blanches, de la cuisson, de la peine à marcher, de l'inflam-

mation en un mot. Il faut avouer que ce *pessaire*, si c'en était un, était un peu primitif. On peut attribuer à sa nature poreuse et spongieuse son long séjour dans le col utérin où il a dû être introduit, alors que celui-ci était ouvert et dilaté comme après un accouchement, et où il s'est fixé ensuite solidement à la suite de l'imbibition et du grossissement de son diamètre. Ce corps étranger a-t-il été introduit comme pessaire ou plutôt comme *obturateur*, c'est-à-dire pour empêcher de nouvelles grossesses? Cela me paraît possible, mais bien difficile à affirmer; ce qui n'en est pas moins curieux c'est la tolérance, pendant plusieurs années, du col utérin pour ce corps étranger dont la femme n'a sollicité l'extraction que bien des années après son introduction. Mme X... n'a éprouvé aucune fatigue à la suite de l'opération de l'extraction, et sa santé a été bonne depuis.

Obs. II. — Les derniers jours du mois d'août 1881, Mme R..., de Bellentre (Savoie), âgée de 68 ans, de constitution *faible* et *épuisée*, venait me consulter pour un malaise général caractérisé surtout par des douleurs au pied du ventre (*sic*), par des pertes blanches, de la douleur pour uriner et pour marcher, des envies de vomir et des mouvements fébriles rémittents ainsi que de la constipation. Après l'avoir examinée, je constatai la présence d'un corps étranger considérable au fond du vagin, corps étranger mobile et que cette femme m'avoua avoir été introduit par son mari, *36 ans auparavant*, à la suite de couches; elle avait alors 4 enfants. Après quelques essais infructueux d'extraction, je reconnus que ce nouveau pessaire n'était autre chose qu'une grosse *pelote de cire jaune*, et ne pouvant en faire l'extraction totale, je commençai à en diminuer le volume avec mes ongles à plusieurs reprises: après quoi je tentai d'extraire le tout. Pour y arriver, je fus obligé d'introduire l'index de la main gauche dans le rectum et ensuite de saisir la pelote en cire avec la main droite plongée dans le vagin; j'arrivai ainsi, non sans peine, à l'expulsion complète du corps de délit. C'était une espèce de boule, une pelote de cire jaune, pesant 180 grammes, de forme un peu irrégulière et ronde, qui avait séjourné 36 ans au fond de la cavité vaginale. Ayant, par curiosité, fendu en deux cette pelote de cire, j'ai été très étonné de trouver au milieu un gros bouchon de liège qui en constituait comme le noyau; ce bouchon avait 5 centimètres de longueur sur 2 de largeur; la présence de ce bouchon explique le poids relativement peu considérable de la pelote. La femme R... m'a déclaré que, malgré cet appareil, ses règles avaient continué de marcher jusqu'à l'âge de 58 ans, époque à laquelle elle a commencé à souffrir du bas-ventre. Dans quel but son mari lui avait-il introduit cette pelote? Était-ce pour faire les fonctions d'un pessaire? cela est probable. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette introduction eut lieu après le dernier accouchement, et n'occasionna des fatigues utérines que bien longtemps après. Les conséquences de cette opération ne furent pas immédiatement mauvaises; mais cette pauvre femme mourut vingt jours après des suites de l'inflammation utérine auxquelles sa constitution épuisée et délabrée ne put résister.

Éruptions érysipélateuses produites par l'application de teinture d'arnica pure.

Il m'est arrivé, dans le courant de l'année dernière, d'observer deux cas identiques d'éruptions érysipélateuses, produites par l'usage externe de la teinture d'arnica pure; ces observations sont peut-être intéressantes, d'abord parce que l'on ne mentionne généralement pas, dans les ouvrages de médecine, cette cause externe d'érysipèle, et ensuite parce qu'il peut être utile d'être prévenu de la possibilité d'une pareille éruption, afin de l'éviter.

Obs. I. — Mme G..., de Moutiers, âgée de 45 ans et douée d'un tempérament très lymphatique, tombe dans un escalier et se fait une contusion au genou droit; elle envoie aussitôt chercher chez le pharmacien voisin de la teinture d'arnica pure, c'est-à-dire sans aucun mélange, et pratique des onctions répétées sur la partie malade. Le lendemain matin, Mme G... sent ses paupières un peu enflées avec de la tension dans la peau du front; elle n'y fait pas attention et continue, dans la journée, des frictions avec la main sur le genou avec la même teinture d'arnica. Cependant la peau du genou devient un peu rouge et, le lendemain, madame G... a la tête enflée comme dans un commencement d'érysipèle; c'est alors qu'elle me fait appeler et me raconte ce qui s'est passé. Elle n'hésite pas elle-même à attribuer ce gonflement des paupières et du visage à des attouchements qu'elle aurait faits pendant la nuit sur sa figure avec sa main qui avait frotté le genou et qui, probablement, était encore imprégnée de la teinture en question. Ma cliente n'a d'ailleurs pas de fièvre; elle a conservé l'appétit et ne se plaint que d'une démangeaison insupportable dans les parties tuméfiées. Les paupières sont gonflées et laissent à peine apercevoir les yeux; on constate la présence de petites phlyctènes, remplies d'une sérosité claire et jaune, sur la peau du front; le restant du cuir chevelu n'est pas tuméfié ni douloureux. Au bout de sept à huit jours, une légère desquammation furfuracée remplace les petites bulles, le gonflement a beaucoup diminué, mais la peau reste rouge

et un peu sensible; au moyen de quelques topiques anodins, de poudre de riz, de fécule, de glycérolé d'amidon, de sous-nitrate de bismuth, aidés de légers purgatifs, Mme G... est bientôt débarrassée de son éruption; il ne lui reste que de petites squames farineuses dans les cheveux.

Obs. II. — Mme M..., religieuse, au couvent des sœurs de Saint-Joseph de Moutiers, âgée de 26 ans, très lymphatique, dans les derniers jours de décembre 1881, se laisse tomber sur la tête une petite boîte en bois qui vient la frapper au sommet de la région frontale : il se produit une légère ecchymose sans solution de continuité, et on fait immédiatement des applications de compresses trempées dans de la teinture d'arnica pure. Le lendemain matin, on constate un gonflement considérable des paupières qui permettent à peine à la malade de voir; la peau du front est tendue, rouge et tuméfiée; les oreilles sont très injectées et d'un rouge écarlate. Au bout de vingt-quatre heures, on aperçoit sur la région frontale de petites bulles remplies d'un liquide citrin, et qui, vidées de leur contenu, se convertissent en croûtes jaunâtres. Il n'y a d'ailleurs aucun appareil fébrile chez notre malade qui a conservé son appétit et ne se plaint que d'un prurit très désagréable à la région frontale; il est à remarquer qu'ici, comme dans le cas précédent, la tuméfaction et la rougeur ne se sont pas étendues au cuir chevelu. Après six à huit jours, tout gonflement de la face et du front a disparu; la malade est en pleine convalescence. Le traitement n'a consisté qu'en applications émollientes, huileuses, suivies d'une légère purgation.

Les éruptions de forme érysipélateuse ont été évidemment produites par l'action irritante de la teinture pure d'arnica. Cette teinture avait été préparée selon les prescriptions du Codex. D'après Gubler, la plante d'arnica contient une huile volatile et une résine âcre; de même, on lit dans le traité récent de matière médicale de Nothnagel et Rossbach, que les fleurs et les racines d'arnica produisent sur la peau de la cuisson et une rougeur légère, et qu'elles paraissent agir à la manière de l'essence de térébenthine. La plupart des auteurs : Dorvault, Lassaigne, Chevallier, Weber, Cazin, etc., s'accordent à dire que l'arnica contient un principe particulier âcre auquel on peut très bien attribuer son action irritante sur la peau. Je ne sache pas néanmoins qu'on ait publié, en France, des observations analogues aux miennes et qui tendent à prouver que l'action topique de la teinture d'arnica pure peut faire naître, dans certaines circonstances, des éruptions à forme érysipélateuse; ce n'est que dans un ouvrage de médecine anglais, publié par Ruddock, que je lis que l'usage inconsidéré de l'arnica peut donner lieu à une attaque d'érysipèle : *An incantions use of arnica we heave repeatedly known to occasion an attack* (page 211. London, 1879). Cette citation confirme donc mes observations.

Il ne faudrait pas cependant en induire que cette éruption érysipélatiforme se produit toujours sous l'influence de la teinture en question; car ici, comme dans beaucoup d'autres maladies, il faut admettre une prédisposition particulière, une disposition *psorique* si l'on veut, ou bien encore l'*opportunité* du terrain, si je puis m'exprimer ainsi, pour que la maladie puisse s'y développer. Dans les deux observations ci-dessus, il s'agissait de constitutions très lymphatiques, à peau blanche, fine et impressionnable, conditions qui sont peut-être très favorables au développement de l'éruption en question. Comme corollaire de ce qui précède, il est donc prudent, lorsque l'on veut se servir de la teinture d'arnica, de ne pas l'appliquer pure et de la mélanger avec une certaine quantité d'eau ou d'un autre véhicule, afin d'éviter toute irritation cutanée qui pourrait donner lieu, parfois, à une éruption dans le genre de celle que je viens de signaler.

M. de Beauvais : Je demande la parole pour confirmer les faits intéressants communiqués par notre honorable correspondant M. Laissus, à propos des éruptions érysipélateuses produites *par l'application de la teinture d'arnica pure*. J'ai eu l'occasion d'observer deux cas semblables. Une danseuse de l'Opéra s'étant donné une entorse en faisant une chute dans un escalier, s'applique sur la jambe et sur la cuisse des compresses trempées dans la teinture d'arnica pure. De vives rougeurs très douloureuses, reproduisant la forme exacte des compresses se manifestèrent sur les points mis en contact avec le pansement. Je fus appelé sur ces entrefaites, et fis, par des applications anodines, cesser rapidement cette irritation cutanée vive, mais superficielle. Dernièrement j'ai pu constater un accident beaucoup plus sérieux. Un marchand de vins, habitué un peu à boire, reçoit une violente contusion par le choc du marchepied d'une voiture, qui vient frapper la partie antérieure du tibia. Il entre de suite chez un pharmacien; on lui délivre une solution très chargée de teinture d'arnica et d'extrait de saturne. Au bout de quelques jours de cette application, une rougeur livide envahit la moitié inférieure et antérieure de la jambe; une eschare profonde se forme. Il fallut un repos de six semaines et un traitement approprié pour conjurer les accidents inflammatoires et gangréneux, qui s'étaient déclarés à la suite de ce pansement intempestif. Je ne saurais trop recom-

mander le précepte de notre distingué confrère d'étendre d'eau la teinture d'arnica quand on l'emploie en pansement. Je conseillerai, de plus, d'être très réservé dans l'usage de ce topique chez les eczémateux si sensibles à tous les irritants cutanés.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les abcès chauds. En l'absence de M. Richelot fils, la discussion est ajournée.

(*La fin à un prochain numéro.*)

JOURNAL DES JOURNAUX

Deux faits de déformations scolaires de la colonne vertébrale, par M. le docteur E. Ory. — On sait, depuis les travaux de Dally et les discussions de la Société de médecine publique, combien sont fréquentes les déformations de la colonne vertébrale qui ont pour cause les attitudes scolaires vicieuses des enfants pendant l'acte d'écrire.

Le docteur Ory a observé des déformations semblables chez deux sœurs. L'aînée, âgée de 15 ans, présentait une incurvation latérale de la colonne vertébrale à concavité droite avec élévation de l'omoplate de l'épaule gauche. Par des efforts musculaires volontaires, cette jeune fille pouvait dissimuler cette attitude; mais dès qu'elle était fatiguée ou inattentive, la déformation devenait de nouveau apparente. M. Dally l'a signalée chez les écoliers qui restent longtemps dans la position classique adoptée pour l'écriture anglaise inclinée de gauche à droite.

La plus jeune de ces deux jeunes filles présentait une déviation de la colonne vertébrale en sens inverse, c'est-à-dire à concavité tournée à gauche, avec élévation de l'épaule droite. Cette jeune fille prenait pour écrire une attitude contraire à celle de sa sœur.

Ces déformations disparurent rapidement par l'emploi de moyens hygiéniques consistant dans la gymnastique, la natation, les jeux qui relèvent les bras. De plus, pendant les séances d'écriture, on imposait aux jeunes filles l'attitude droite devant la table, avec les coudes reposés.

Il est donc important, comme l'a conseillé Dally, de forcer les écoliers pendant l'acte d'écrire à s'appuyer également sur les deux coudes et sur les deux ischions (*Revue d'hygiène*, 20 nov. 1881, p. 33). — Ch. E.

Observation d'anévrysme de l'aorte, traité avec succès par la galvano-puncture, par le docteur Richard Connon. — Chez le malade, qui était agé de 42 ans, on avait, en 1879, reconnu l'existence d'anévrysme de l'aorte siègeant vers l'origine du tronc brachio-céphalique, mais sans troubles fonctionnels du côté de l'œsophage ou de la trachée.

En septembre 1880, on trouva une tumeur au-dessous de la seconde et de la troisième côte et à un pouce environ à droite du sternum. Cette tumeur était soulevée par des pulsations isochrones avec celles du cœur, et, à l'auscultation, présentait des bruits de souffle par propagation des claquements valvulaires aortiques. On essaya l'application sur la peau des pôles d'une pile de trente éléments de Stohrer, et on continua la médication par l'iodure de potassium.

En octobre 1880, le traitement par la galvano-puncture fut entreprise. Deux fines aiguilles isolées à leur extrémité supérieure par une enveloppe de gutta-percha, furent enfoncées dans la tumeur. Pendant trente minutes, on fit passer un courant d'abord de vingt ensuite de trente éléments de Stohrer. On continua pendant plusieurs jours le même traitement, et la tumeur devint dure, les pulsations disparurent et l'état du malade s'améliora. Depuis vingt mois, l'amélioration persiste. De temps en temps, le malade éprouve de légers accès de toux et se livre encore à des excès alcooliques, moins nombreux toutefois. (*The Lancet*, 22 octobre 1881). — Ch. E.

VARIÉTÉS

SUR UN PROCÉDÉ PEU PRATIQUE POUR LA CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE.

Il y a un an, après avoir cassé des pierres sur une route toute la journée, avec un soleil de feu sur la tête, un cantonnier, légèrement alcoolique, rentre chez lui. Avant de se coucher, il va pourtant trinquer avec un vieux cultivateur, son voisin, âgé de 81 ans. Puis, vers dix heures, chacun se couche. Au milieu de la nuit, le cantonnier se lève, va à la maison du vieux et, d'un vigoureux coup de pied dans le châssis, brise à moitié la fenêtre de celui-ci en l'appelant à grands cris. Mais le vieillard, fou de peur, fuit par la porte opposée, à moitié nu.

Malheureusement le voisin, obéissant à une impulsion homicide irrésistible que rien ne justifiait, avait déjà fait le tour, le guettait et, sitôt qu'il eût franchi le seuil, se rua sur lui et avec les ongles lui arracha en un tour de main..... l'un des testicules, que suivit la moitié du cordon encore enfermé dans sa gaîne fibro-séreuse.

Cela fait, il ne chercha point à poursuivre sa pauvre victime, qui courut demander asile à des voisins, et se rendit à une mare presque à sec où il se roula dans la boue, et, voyant que l'eau y manquait, dans un puits peu profond dont on le retira aussitôt.

Pendant ce temps, on transportait le blessé dans un village voisin chez ses enfants, où je fus appelé à le voir, le lendemain matin.

Mais ce qu'il y a de plus curieux dans tout cela, c'est qu'avec une simple suture entortillée sur quelques épingles (la plaie déchiquetée, bleuâtre, avait 12 centimètres de long.) et sous une compresse phéniquée fréquemment renouvelée, ce vieillard de 81 ans guérit en dix ou onze jours, presque sans suppuration, et qu'une hernie inguinale, qui commençait à pointer de ce même côté, se trouva radicalement guérie dès que la plaie fut cicatrisée.

Je vous livre ce fait, que je crois curieux autant que rare, et qui intéresse aussi bien la chirurgie que la médecine légale.

Quant à l'agresseur, une ordonnance de non-lieu fut rendue et il fut renvoyé dans sa famille, où la démence, qu'il portait par anticipation empreinte sur sa physionomie, n'aura pas tardé, je suppose, à l'atteindre.

3 août 1882. D[r] E. P...

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 4 au 10 août 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 906. — Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 7. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 42. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchites aiguës, 9. — Pneumonie, 37. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 77 ; au sein et mixte, 31 ; inconnus, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91 ; circulatoire, 47 ; respiratoire, 51 ; digestif, 41 ; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 1 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 32[e] semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,229 naissances et 906 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 884, 986, 925, 929. Le chiffre de 906 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Variole (7 décès au lieu de 11 pendant la 31[e] semaine), la Scarlatine (2 au lieu de 3), la Coqueluche (3 au lieu de 6), l'Érysipèle (4 au lieu de 7), l'Infection puerpérale (6 au lieu de 7) ;

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (47 décès au lieu de 31), la Rougeole (14 au lieu de 13), la Diphthérie (42 au lieu de 38).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (25 malades reçus du 31 juillet au 6 août, au lieu de 28 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la diphtérie (26 au lieu de 31), et supérieur pour la Fièvre typhoïde (208 au lieu de 124).

La crainte d'une recrudescence des sévices de l'épidémie typhique, que nous manifestions dans notre dernier bulletin, s'est malheureusement réalisée. La 32[e] semaine a présenté 16 décès de plus, par cette cause, que la semaine qui avait précédé. On constate en outre que le chiffre des cas d'invasion poursuit son mouvement ascensionnel. Depuis 3 semaines le nombre des avis que nos confrères on fait parvenir à notre service a marqué la progression suivante : 21, 46, 98. Pendant le même temps le nombre hebdomadaire des typhiques reçus dans les hôpitaux a été successivement de 73, 124 et 208. Ce chiffre de 208 admissions est vraiment considérable et n'avait pas été atteint croyons-nous, depuis que ce bulletin publie le mouvement des entrées, par maladies épidémiques, dans les établissements hospitaliers.

La Dipthérie continue à sévir dans le XIV[e] arrondissement, dont les quartiers *Montparnasse, Plaisance* et *Petit-Montrouge*, ont compté à eux trois 11 victimes. Dans le quartier de *Plai-*

sance si éprouvé depuis plusieurs semaines 5 jeunes enfants ont encore succombé à cette terrible affection.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Potion contre la diphthérite. — Davis.

Chlorate de potasse	10	grammes.
Acide chlorhydrique	3	—
Teinture de belladone	8	—
Sirop simple	20	—
Eau distillée	115	—

F. s. a. une potion dont on prescrit une cuillerée à thé pour l'adulte, toutes les 2, 3 ou 4 heures à la première période de la dipthérite, selon la gravité des symptômes. Pour les enfants on proportionne la dose à leur âge.

Dans les cas graves, l'auteur prescrit en outre le benzoate de soude dissous dans l'eau, dans la proportion de 10 grammes pour 120 grammes d'eau distillée. L'adulte prend une cuillerée à thé de cette solution, entre chacune des doses de la potion au chlorate de potasse. On en donne aux enfants une dose proportionnée à leur âge. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — A dater de ce jour, et pendant la durée des vacances les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de midi à trois heures.

Concours. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le samedi 14 octobre 1882, à *une heure précise*, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration depuis le samedi 23 septembre jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures.

Tout le monde sait... — Dans son prospectus, une pharmacie de Lyon écrit ceci : « *Tout le monde sait* qu'aucune maison, à Lyon, ne peut offrir des prix aussi avantageux, des médicaments aussi bien préparés ; que nulle part les ordonnances de MM. les médecins ne sont exécutées avec autant de soin. »

« Ne sont exécutées avec *plus* de soin » était déjà assez joli. « Avec *autant* de soin » pourrait bien éveiller quelques susceptibilités officinales. Susceptibilités ! Allons donc ! puisque *tout le monde le sait,* à quoi bon discuter... Mais, au fait, puisque *tout le monde le sait*, était-ce la peine de payer pour l'annoncer à tout le monde ? (*Lyon médical.*)

Création d'un hôpital d'isolement pour les contagieux a Nice. — L'expérience et le raisonnement montrent les dangers et les inconvénients du séjour d'un malade atteint d'affection contagieuse dans les hôtels de Nice ; tout le monde en souffre : le malade, qui est mal soigné parce qu'on s'efforce de cacher sa présence qui pourrait faire déserter l'hôtel ; les autres habitants de l'hôtel, l'hôtelier lui-même, etc. M. Ch. West a proposé à la Société de médecine de Nice la création d'un hôpital d'isolement pour les contagieux payants. On a intéressé les propriétaires d'hôtel, qui ont promis leur contribution pécuniaire ; on compte sur des dons volontaires ; cela est encore insuffisant. M. Charles West propose aux propriétaires d'hôtel de faire payer à cet effet une taxe de 1 franc à tout voyageur, quelle que soit la durée de son séjour à l'hôtel. Comme il descend 50.000 visiteurs par an dans les hôtels de Nice, on pourrait de la sorte recueillir 50,000 fr. chaque année. L'achat des terrains et la construction ont été calculés à 500,000 fr. ; la taxe susdite suffirait donc à payer le revenu à 5 p. 100 de la somme et à amortir celle-ci de 25,000 fr. par an. Toute personne atteinte de maladie contagieuse, pourrait être soignée par un médecin de son choix d'après un tarif.

(*Revue d'hygiène.*)

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ

M. VERNEUIL.

ABCÈS DU SEIN ET LACTOSURIE.

SOMMAIRE. — Coïncidence des abcès du sein et de la lactosurie chez les nourrices ; relation de quatre cas de ce genre. — Recherche des relations qui peuvent exister entre ces deux états morbides. — Bénignité de la coïncidence.

Depuis l'intéressante découverte de mon excellent collègue et ami M. Blot, la glycosurie des femmes enceintes et des nourrices a maintes fois occupé les physiologistes, les accoucheurs et les médecins. Les chirurgiens au contraire semblent être restés assez indifférents à cette constatation.

Ile ne se sont point demandés si l'hyperglycémie traduite par le passage du sucre dans l'urine pourrait ou non avoir sa part dans le pronostic généralement grave du traumatisme dans l'état puerpéral ; si elle ne constituerait pas une contre-indication aux opérations chez les nourrices ; si enfin elle n'expliquerait pas l'apparition de la suppuration, des inflammations diffuses ou du sphacèle chez les nouvelles accouchées ou chez les femmes qui allaitent.

Pour ma part, depuis que j'ai eu le malheur de perdre, il y a plus de 25 ans, une de mes malades dont les mamelles, au moment de l'opération, sécrétaient encore du lait en abondance, j'ai toujours refusé d'opérer pendant la période d'allaitement ; mais je n'ai pas eu l'occasion d'étudier suffisamment les rapports qui peuvent exister entre les affections chirurgicales et la glycosurie puerpérale.

Le hasard ayant mis sous mes yeux dans un court laps de temps plusieurs cas où ces rapports peuvent être discutés, j'en profite pour appeler sur ce point l'atten-

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE : Un village fort arriéré en médecine. Un vésicatoire fétiche. Les applications de sangsues de la mère Madeleine. — Origine ornithique de l'homme. — L'ancien mâle de la femme. — Un chien de remède contre la phthisie. — Les rosières de Dourdan.

Je suis en ce moment, chers lecteurs, en villégiature dans un pays on ne peut plus arriéré touchant les choses de la médecine. Si vous n'êtes pas allé dans les environs du Morvan ou dans le fond de la Bretagne, vous ne pouvez vous faire une idée de l'ignorance médicale qui règne encore dans ce pays. Jugez-en.

Ce pays, tout petit village de 3 ou 400 âmes, n'est desservi qne par l'officier de santé du village voisin ; aussi, à peine y suis-je arrivé, que, comme Daremberg et Littré à Mesnil-le-Roi, je deviens le médecin consultant, ordinaire et extraordinaire de la localité. Pensez donc, un médecin de Paris ! Or, ces jours derniers, on me prie de voir un pauvre métayer, qui a pris un *chaud et froid*. Je trouve une pleurésie avec épanchement et je prescris, entre autres choses, un vésicatoire. Pour bien préciser les dimensions dudit vésicatoire, je le dessine sur une feuille de papier, j'écris en outre sur la même feuille les autres prescriptions, et je la remets à la femme du malade en lui disant : « Vous porterez ceci chez le pharmacien, et quand vous aurez votre vésicatoire, vous le mettrez sur le côté de votre mari, avec une serviette par-dessus. »

tion de mes confrères. Dans l'espace de quelques mois, j'ai reçu dans mes salles cinq femmes atteintes d'abcès du sein, consécutifs à des accouchements récents. Chez l'une d'elles, les urines examinées, à la vérité, une fois seulement, étaient normales; chez les quatre autres il existait une proportion assez considérahle de sucre.

Bien que les abcès mammaires aient été l'objet d'un très grand nombre d'articles et de travaux spéciaux, bien que tous les livres classiques en parlent longuement, je ne crois pas qu'on se soit donné la peine d'examiner les relations de la suppuration mammaire avec l'hyperglycémie des nourrices.

Je vais donc publier mes observations et les faire suivre de quelques commentaires, persuadé qu'il suffira d'appeler l'attention des observateurs sur ce sujet pour savoir bientôt jusqu'à quel point la coïncidence est fréquente ou rare, et si le hasard m'a favorisé en multipliant sous mes yeux les exemples.

Obs. I. — *Engorgement laiteux. Sphacèle d'une plaque cutanée. Lactosurie. Guérison rapide.*

R... (Mathilde), 24 ans, femme de chambre, entre à la Pitié, salle Lisfranc, n° 5, le 28 décembre 1881. Santé habituelle excellente, jamais de maladie sérieuse ni même d'indisposition passagère; parents bien portants ou morts accidentellement; menstruation établie à 12 ans, toujours régulière depuis. Première grossesse à 23 ans, parcourant ses phases sans accidents; développement considérable des mamelles. Dans les deux derniers mois, soif vive et envies fréquentes d'uriner. Ces symptômes cessent après l'accouchement qui a lieu très naturellement le 6 décembre.

L'enfant, bien portant, prend le sein jusqu'au 23 décembre. Ce jour là, la mamelle gauche se tuméfie et devient douloureuse; on y voit apparaître une rougeur au centre de laquelle la peau se sphacèle dans l'étendue d'une pièce d'un franc environ. Au reste, peu de fièvre, frissons légers, malaise modéré, souffrances médiocres; l'appétit toutefois fait défaut et la soif se réveille avec intensité.

Nous constatons le 29 au matin un gonflement considérable du sein, ayant son maximum à la partie supérieure et externe; peau d'un rouge livide adhérant aux couches sous-jacentes; empâtement général de la glande; plusieurs points fluctuants bien manifestes. A dix centimètres au-dessus du mamelon, ulcération large de près de 3 centimètres, en partie recouverte par l'eschare signalée plus haut, et qui est en voie d'élimination; suppuration sanieuse en petite quantité; point d'adénopathie axillaire; soif vive; la température a monté à la visite du soir à 40°.

Le sein du côté opposé, volumineux, sécrète du lait en assez grande abondance, mais il n'est le siège d'aucun travail congestif ni inflammatoire.

Le lendemain, je retourne voir le malade et ma première question est « Le vésicatoire a-t-i pris ? — Je n'savons point, mosieu le médecin, mais je n'y avions rien senti. » Je desserre la serviette, je cherche le vésicatoire, et je trouve..... mon ordonnance appliquée *loco dolenti.* C'était tout ce que la bonne femme avait compris de mes explications. Elle avait cru que mon dessin et les quelques lignes que j'avais tracées sur le papier jouissaient de propriétés... parisiennes, inconnues dans son endroit, et souveraines contre le chaud et froid.

***

Mon petit village, que je ne vous nommerai pas afin de ne pas le discréditer à vos yeux, a possédé déjà plusieurs indigènes de cette force. Il y a quelques années, un vieux vigneron, en taillant sa vigne, se fait à l'index de la main droite une entaille peu profonde, qui devint néanmoins le point de départ d'un phlegmon diffus à marche rapide : en quelques jours, tout le membre supérieur fut envahi. Mon confrère l'officier de santé, suivant les vieux errements, fit de larges incisions et se contenta de prescrire des cataplasmes et des bains locaux émollients; on ne connaissait pas alors les bons effets du bain antiseptique prolongé. Un beau jour, voyant que le traitement n'arrêtait pas le mal et que le malade déclinait, sa femme retire le bistouri de la main du médecin, disant dans son patois : « Mosieu, vos visites avec vos coups de couteau coûtent trop cher pour ce qu'elles rapportent; il ne faut plus en donner. » Et il fut impossible de lui faire comprendre l'utilité des incisions dans le traitement du phlegmon diffus; il fallut rengaîner le bistouri. D'ailleurs, le malade était un vieil alcoolique que je vis à ce moment, et qui mourut d'infection purulente comme le dernier des charretiers qui entraient alors dans nos hôpitaux.

Je fus frappé de la rapidité avec laquelle cette affection avait, en cinq jours, parcouru toutes ses périodes depuis l'inflammation naissante jusqu'à la suppuration et la mortification de la peau. Ce dernier phénomène surtout attira mon attention et me donna l'idée d'examiner les urines. La liqueur de Fehling et la potasse caustique révélèrent aussitôt la présence d'une quantité très notable de glycose. Le lendemain, je fis renouveler l'examen par M. Béhal, interne en pharmacie de mon service, qui voulut bien me remettre la note suivante :

Urine légèrement trouble; réaction acide.

Quantité totale dans les vingt-quatre heures..	1,000 grammes.
Densité	1,023 —
Urée..................................	19,50 —
Glycose, ou matière dosée comme telle......	2,40 —
Acide phosphorique anhydre................	1,32 —

Point d'albumine.

Je prescrivis les pansements simples avec la compresse de mousseline en plusieurs doubles, imbibée d'eau phéniquée à 2 0/0; le repos au lit avec immobilisation de la mamelle, un purgatif salin tous les deux jours, un gramme d'iodure de potassium tous les soirs en se couchant.

L'amélioration fut rapide; la fièvre tomba et les douleurs diminuèrent bientôt. L'eschare se détacha trois jours plus tard, laissant à nu une plaie de bon aspect, donnant issue à du pus bien lié, en petite quantité, et à du lait en proportion plus grande.

La tuméfaction de la mamelle droite avait presque disparu, et à gauche elle n'occupait plus que le pourtour du point enflammé. Le sucre existait encore dans l'urine, mais en proportion de plus en plus faible. Le sixième jour, nous n'avions plus avec la liqueur de Fehling qu'une coloration vert pomme qui, à la longue seulement, prenait la teinte jaune indiquant la réduction complète de l'oxyde de cuivre.

On continua le même traitement par les purgatifs salins et l'iodure de potassium, et le 15 janvier la malade quitta mes salles bien portante. Les urines étaient redevenues normales, la soif avait cessé, la plaie du sein était complètement cicatrisée.

Obs. II. — *Scrofule ancienne; accouchement naturel; abcès mammaires; lactosurie; ulcérations et fistules du sein; guérison lente*

Maria L..., primipare, 23 ans, cuisinière, d'une assez bonne santé apparente, bien qu'atteinte fréquemment de manifestations scrofuleuses depuis l'âge de 10 ans; adénopathies cervicales, cicatrices d'anciens abcès ganglionnaires, plusieurs accès de blépharite, etc. Grossesse normale; le 6 février 1882, accouchement à terme et tout à fait naturel d'un garçon bien constitué.

***

Dans mes jeunes années, j'ai connu dans ce pays une vieille femme que tout le monde appelait la mère Madeleine, et qui y était restée légendaire pour un mode d'emploi des sangsues absolument introuvable dans nos traités classiques. Son mari, de son vivant, avait été pris d'un *chaud et froid* comme mon métayer, mais celui-là avait *dégénéré en fluxion de poitrine*. Le médecin de l'époque avait prescrit une douzaine de sangsues, en recommandant de les appliquer sur le côté malade de la poitrine. Madeleine embarrassée a recours aux lumières d'une voisine qui lui conseille d'écraser les sangsues et d'en faire un cataplasme. Le lendemain, le médecin trouva une pulpe sanglante et nauséabonde sur la poitrine de son malade. Ceci a l'air d'un conte, mais je vous assure que rien n'est plus authentique, et la preuve, c'est que le mari de Madeleine en est mort, et qu'elle lui a survécu plus de 50 ans, pour en propager la nouvelle jusqu'à ma génération.

***

Ceux d'entre vous, chers lecteurs, qui ne croient pas que l'homme ait été créé par Dieu 4,963 avant Jésus-Christ, se figurent peut-être qu'ils descendent du singe. Eh bien, voilà encore une théorie de la création qui est démolie. Vous ne descendez pas du singe, matérialistes que vous êtes, mais de l'oiseau. Notre confrère, M. Corlieu, vous l'a prouvé, par raison démonstrative et convaincante, dans un article de la *France médicale* du 8 juin dernier.

Je ne puis vous reproduire ici tous les arguments que M. Corlieu invoque à l'appui de sa thèse; mais en voici un qui concerne le journalisme, puisqu'il est tiré de la philologie : « Nous trouvons, dit notre confrère, que par suite de la transmutation des espèces, beaucoup d'oiseaux

M... allaite son enfant malgré la présence de quelques crevasses du mamelon; mais au bout d'un mois elle l'envoie à la campagne et reste à Paris comme nourrice sur lieu; elle ne conserve cette place qu'un mois et prend un second nourrisson.

Vers le 15 mai, le sein droit devient rouge et douloureux; un premier abcès se forme et s'ouvre spontanément à la partie externe de la mamelle; cinq à six jours après, une nouvelle collection se forme, puis une troisième, ce qui décide la malade à entrer dans nos salles le 6 juin.

Voici ce que nous constatons. Les seins sont volumineux et sécrètent du lait en assez grande abondance; le gauche est souple et indolent; le droit est dur et un peu sensible au toucher dans toute sa moitié supérieure. On voit à la surface trois plaies : l'une étroite et comme fistuleuse, située près de l'aisselle et répondant au premier abcès; les deux autres pareilles à des ulcères scrofuleux, larges de 2 à 3 cent., à bords décollés, à fond grisâtre, fournissent un pus mal lié, mêlé de lait; au dire de la malade, la peau avant de se perforer avait présenté une teinte bleuâtre.

L'état général n'est point trop mauvais; la soif est vive et la malade absorbe quotidiennement trois pots de tisane; l'appétit est presque nul, mais il n'y a point de fièvre et les douleurs sont très minimes. Pas de polyurie évidente; acidité de la salive constatée au papier de tournesol. L'examen des urines fait le 8 juin avec la liqueur de Fehling et la potasse révèle une quantité notable de glycose.

On prescrit un purgatif salin tous les deux jours, un gramme d'iodure de potassium tous les soirs, l'élévation et l'immobilisation du sein affecté, les applications émollientes et antiseptiques : compresses d'eau de guimauve additionnées d'eau phéniquée. Repos au lit.

L'état local s'améliore assez vite. La sécrétion lactée diminue dans les deux mamelles; les plaies prennent meilleur aspect et l'induration inflammatoire tend à se résoudre. L'état général redevient excellent; l'appétit renaît; la soif diminue.

A plusieurs reprises, on examine les urines; elles renferment de moins en moins de sucre et n'en contiennent plus le 27 juin, quand la malade demande sa sortie. A ce moment, les petites plaies ne sont pas encore complètement fermées et l'induration du parenchyme mammaire est encore assez prononcé. Nous attribuons à la scrofule ce retard dans la cicatrisation.

OBS. III. — *Abcès du sein pendant la lactation; lactosurie; pas d'antécédents diathésiques. Guérison rapide.*

Moussy, 22 ans, bonne constitution, pâle et d'apparence chlorotique, jouit cependant d'une santé excellente et n'a point d'antécédents diathésiques. Grossesse normale; accouchement naturel à terme le 12 avril, pour la première fois; métrorrhagie considérable consécutive; rétablissement assez rapide.

---

nous ont laissé leur nom, tels que : Pigeon, Chapon, Perdrix, Caille, Merle, Pierrot, Martinet, Rossignol, Lecoq, etc. » Il y en a encore bien d'autres, ne seraient-ce que Poule, Ortolan et Corlieu lui-même.

Corlieu est un nom d'oiseau. Corlieu, en terme de chasse, est le petit du courlis, lequel est un oiseau aquatique de la famille des échassiers. Il paraît avoir tiré son nom de son cri (l'oiseau, pas notre confrère), car Belon dit qu'en volant il prononce *corlieu* (Littré). D'ailleurs les naturalistes le reconnaissent, et les noms patois semblent y concourir. En picard, l'oiseau s'appelle *corlieu*, et notre confrère, qui est originaire de Charly, dans le Soissonnais, n'est pas éloigné d'être Picard. Enfin, s'il fallait invoquer une dernière analogie, le courlis est un volatile excellent, et chacun sait que M. Corlieu est un très aimable confrère.

***

Poussant plus loin sa démonstration. M. Corlieu compare les diverses classes du monde médical à celles du monde ornithique, et nous fait voir que la division de Cuvier s'adapte parfaitement aux disciples d'Esculape.

1re classe : Les *Rapaces*; l'aigle y tient le premier rang; tels sont nos grands médecins, nos grands chirurgiens et nos grands spécialistes.

2e classe : Les *Passereaux*, comme qui dirait les médecins de quartier; on y range les journalistes (*diarii*) et les *bibliophylaces*.

3e classe : Les *Grimpeurs*, peu capables de voler de leurs propres ailes, mais très aptes à profiter du travail d'autrui; tels sont les *concurrents*.

4e classe : Les *Gallinacés*, dont les représentants chez nous sont les médecins militaires (*iatros cristatus militaris*) et le médecin de marine (*iatros cristatus aquaticus*).

L'allaitement commencé dut être interrompu au bout d'un mois environ à cause d'une large gerçure demi-circulaire survenue au mamelon du sein droit. Ce sein se gonfle, rougit et devient douloureux ; un abcès formé à la partie inférieure s'ouvre spontanément, fournit du pus pendant huit jours, puis se ferme. Un second abcès paraît à quelques centimètres du premier ; il s'ouvre également de lui-même et fournit une grande quantité de pus et de lait. La mamelle reste gonflée et douloureuse pendant quelques jours, mais revient peu à peu à ses dimensions normales ; il reste peu de chose de la phlegmasie quand la malade entre à l'hôpital le 12 juin.

A cette époque, on trouve les seins peu développés. A gauche, l'organe souple, indolent, sécrète à peine quelques gouttes de lait ; à droite, la glande affectée n'est pas beaucoup plus volumineuse, mais elle est encore sensible au toucher, indurée dans son tiers inférieur, où se voit un orifice fistuleux par où s'échappent quelques gouttes de lait et de pus. Etat général assez bon ; pas de fièvre, peu d'appétit ; polydipsie depuis l'accouchement ; pas de polyurie. Acidité de la salive constatée avec le papier de tournesol. Le retour des menstrues ne s'est pas encore effectué.

L'analyse des urines, faite le 14 juin par M. Béhal, interne en pharmacie de mon service donne les résultats suivants :

Réaction acide ; coloration jaune clair ; limpide.

Quantité rendue en vingt-quatre heures.....	1,100 grammes.
Densité..................................	1,046 —
Urée.....................................	23,95 —
Matière dosée comme glycose..............	2,40 —

Point d'albumine.

Au microscope, cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique.

On institue le traitement comme dans les cas précédents et l'on constate bientôt une amélioration sensible. Cependant le sucre persiste ; le 19 même, le dosage accuse un peu d'augmentation ; mais à partir de ce moment la glycosurie diminue progressivement, de sorte que le 24 juin on en trouve à peine 20 centigr. dans l'urine de toute la journée.

Le 29 juin, quand la malade quitte nos salles, le sein a repris sa forme, son volume et sa consistance, il ne sécrète plus de lait. A la place occupée par l'abcès se trouve une petite cicatrice rouge, surmontant un noyau d'induration du volume d'une noix. L'état général est bon, la polydipsie a disparu, la quantité d'urine varie entre 1,200 et 1,500 grammes ; les règles ne sont pas revenues.

Les trois cas qui précèdent sont presque identiques ; il s'agit en effet de femmes jeunes, bien portantes, primipares, qui à la suite de grossesses normales et d'ac-

---

5ᵉ ordre : Les *Echassiers*, ayant pour type médical le médecin de campagne. On y trouve la cigogne (*ciconia doctissima*), qui a inventé le clystère.

6ᵉ ordre : Les *Palmipèdes*, oiseaux aquatiques, qui vivent dans l'eau, sur l'eau et par l'eau. Il ne faut pas faire grand effort d'imagination pour reconnaître dans cet ordre les médecins d'eaux, parmi lesquels on distingue les *urinatores*, les *gastérophiles*, les *bronchophiles*, les *dermatophiles*, les *névrophiles*, etc.

En parlant de la petite tribu des *bibliophylaces*, qu'il doit bien connaître, puisqu'il en fait partie, M. Corlieu dit qu'ils ont la vue courte, entre autres particularités. En effet, on voit bien peu de bibliothécaires sans lunettes. Les sous-bibliothécaires de la Faculté, myopes à divers degrés, ont tous quatre les yeux blindés de verres biconcaves ; ils ont donc la vue courte, ce qui doit être bien peu commode pour la bonne tenue de leur établissement ; mais, en revanche, le bibliothécaire en chef à la vue longue, puisqu'il est presbyte, ce qui remédie à tout.

*
* *

M. Henri Meilhac, que tout le monde connaît pour ses pièces remplies de verve endiablée, veut aussi faire sa petite révolution en anthropologie ; il prétend, lui, que la femme n'est pas la femelle de l'homme. Voici comment il soutient ce joli paradoxe.

« Un mien cousin, qui est maintenant docteur en médecine, avait sur les femmes une assez étrange théorie. Il se vantait de les connaître autant que cela est possible quand on a beaucoup disséqué et beaucoup aimé. Et de toutes les observations physiques et morales qu'il avait été à même de faire, il était résulté pour lui que ni moralement, ni physiquement, la femme n'est la femelle de l'homme.

couchements naturels commencent à allaiter leurs enfants. Au bout d'un temps variable ; une semaine, 17 jours, trois mois et demi, l'allaitement est suspendu parce qu'un des seins s'enflamme et qu'il s'y forme des abcès. Les malades entrent alors à l'hôpital. Les phénomènes inflammatoires ont déjà perdu de leur intensité par suite de l'ouverture spontanée des abcès; cependant ils persistent encore. On examine les urines avec différents réactifs et on trouve du sucre en quantité notable, minime à la vérité, puisque le dosage exact accuse à peine trois grammes par litre et qu'il n'y a pas de polyurie.

Sous l'influence d'un traitement fort simple, repos au lit, immobilisation de l'organe malade, applications locales émollientes, purgatifs salins répétés, iodure de potassium à petites doses, l'état du sein s'améliore rapidement, les dernières traces de la turgescence sécrétoire et du travail phlegmasique s'effacent. La santé générale un peu troublée se rétablit; en même temps le sucre urinaire diminue et finit par disparaître. En moins de 10 à 12 jours l'incident est clos au double point de vue de la phlegmasie mammaire et de la glycosurie.

Au point de vue de la pratique il n'y aurait pas lieu d'insister sur des faits aussi bénins, s'ils ne soulevaient des questions théoriques assez intéressantes.

Toutes ces observations présentent d'abord une lacune regrettable. L'analyse des urines n'ayant pas été faite avant le développement de la mammite, nous ignorons l'influence que cette dernière peut avoir eu sur l'hyperglycémie et la glycosurie. La constatation positive ou négative eût beaucoup éclairé le problème étiologique. Supposons la glycosurie antérieure à l'abcès, on pourrait discuter la simple coïncidence ou la relation directe de cause à effet. Que la nourrice, au contraire, n'ait pas été glycosurique avant l'inflammation mammaire, et il devient logique d'admettre cette inflammation comme cause directe de l'apparition du sucre dans les urines. Examinons donc les trois hypothèses possibles.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE

LE COUP DE CHALEUR.

Le docteur Mahrholz, médecin de bataillon de l'armée prussienne, a donné la relation d'un

---

« Le mâle de la femme a existé, disait-il, il a existé autrefois. En tracer maintenant un portrait exact serait chose assez difficile, la race ayant tout à fait disparu. On peut affirmer cependant que ce mâle devait singulièrement ressembler à ce que, de nos jours, nous avons coutume d'appeler non pas un beau, mais un joli garçon. Ainsi se trouve expliqué, par parenthèse, le ridicule entraînement qui, de tout temps, a poussé les femmes vers cette sorte de personnage. L'homme, le vrai, le moustachu et le barbu, l'homme d'aujourd'hui enfin qui, dans la civilisation d'alors, jouait à peu près le rôle que le gorille joue dans la nôtre, imagina d'exterminer ce mâle afin de s'emparer de la femme, qu'il trouvait, lui homme, très à son goût. L'extermination eut lieu, elle fut complète, et la femme devint la proie du vainqueur. Mais dans les bras de ce vainqueur, elle pleure le vaincu ; elle le pleure, et, toutes les fois que l'occasion s'en présente, elle le venge ! Elle le pleurera et le vengera tant que durera le monde : c'est par ses éternels regrets et cette vengeance éternelle que mon cousin expliquait tout le mal que les femmes ont fait, font et ne cesseront de faire aux hommes, tant qu'il y aura des hommes pour adorer des femmes, et des femmes pour se moquer des adorations des hommes. Mensonges et fourberies, coquetteries et cruautés, larmes des collégiens aux genoux des femmes de chambre, contorsions des vieillards aux pieds des courtisanes, folies et ruines, hontes et désespoirs, mains furtives qui volent, mains furieuses qui tuent, éclairs des lames qui s'enfoncent dans les poitrines, détonations des pistolets qui font sauter les cervelles, voix stridente du juge qui jette à la foule le déshonneur des familles anciennes, — toute la féminine besogne, en un mot, mon cousin l'expliquait par le serment que la femme a fait, et tenu, de venger éternellement cet être doux et joli comme elle, cet être qu'elle adorait et que nous avons massacré ! »

***

cas intéressant de coup de chaleur à forme hydrophobique, terminé par la mort, survenu pendant les manœuvres de la 8e division à Astern (1).

Cet homme, qui avait beaucoup fatigué pendant la marche et qui était à jeun, tomba tout à coup sans connaissance et fut transporté dans cet état au Lazaret. Il avait le corps couvert d'une sueur visqueuse; le pouls, très petit, battait 140; la température ne fut pas prise. Après des alternatives de retour au sentiment et de nouvelles pertes de connaissance, le malade se plaignit de ne plus y voir, et cette cécité se prolongea, une première fois, pendant plusieurs minutes. Ayant demandé à boire, à peine avait-on approché le verre de ses lèvres, qu'il fut pris d'un véritable accès d'hydrophobie, avec spasme pharyngien, trismus, opisthotonos, efforts pour mordre les personnes qui l'assistaient, yeux hagards, etc... Cette crise dura 4 minutes environ. L'éveil donné par ces symptômes étranges, on rechercha si le sujet ne présentait pas de traces de morsure ancienne, mais on ne trouva pas autre chose qu'une excoriation due à la chaussure. Deux collègues, appelés en consultation, virent se reproduire la même scène à l'approche d'un verre d'eau que réclamait instamment le malade. A la suite de cette dernière attaque qui dura deux minutes, le malade tomba dans un abattement complet; sa température marquait alors 41°2. Le pouls, filiforme à droite, n'était pas appréciable à gauche. A nouveau, la vue s'obscurcit; les pupilles étaient largement dilatées, sans réaction à la lumière. On pratiqua des injections sous-cutanées de sulfate de quinine. Il y eut encore, par intervalles, quelques contractures des muscles de la mâchoire, et le malade mourait dans le collapsus cinq heures après le début des accidents.

L'autopsie montra une congestion intense des méninges et des sinus, avec extravasation sanguine à la surface des deux hémisphères, surtout à droite; un pointillé développé de la substance cérébrale, peut-être œdématiée. Des adhérences anciennes, résistantes, fibreuses, unissaient les deux poumons aux parois costales et au diaphragme. Les sommets sont œdémateux, les bases congestionnées. Le cœur est mou, son tissu est pâle, comme anémié, ses cavités vides; les valvules normales; les gros vaisseaux veineux gorgés de sang. Cause de la mort: œdème pulmonaire et cérébral, paralysie cardiaque par coup de chaleur.

L'observateur conclut judicieusement que les adhérences nombreuses et anciennes des plèvres constituaient au sujet, sinon une prédisposition véritable au coup de chaleur, du moins des conditions de résistance défavorables qui ont pu décider de l'issue.

Cette forme hydrophobique de l'insolation est rare, mais non sans exemple. Van Swieten l'a explicitement notée. L'accès hydrophobique constitue d'ailleurs un syndrôme qui n'appartient rien moins qu'à la rage en propre, puisqu'on peut l'observer dans l'hystérie, poussée aux dernières limites, jusqu'à la mort même (M. Raynaud, UNION MÉDICALE, 15 mars 1881).

Une autre particularité curieuse de cette observation, c'est la cécité passagère accusée par le malade. Les phénomènes oculo-pupillaires ont été souvent notés dans le coup de chaleur;

(1) *Deut. milit. Zeitschrift*, 1879, p. 617.

Nous voilà enfin en possession d'un remède d'une efficacité incontestable, et à la portée de toutes les bourses, contre la phthisie. Nous lisons en effet dans un journal d'Amérique, sous la rubrique : *Un chien de remède*, une historiette qui, si elle n'est pas vraie, peut du moins être contrôlée par chacun sans le moindre inconvénient.

Un éminent citoyen de Geneses, cité qui m'est absolument inconnue d'ailleurs, prolonge et fortifie le fil de son existence aux dépens de la race canine. Il y a trois ans, les médecins informèrent ce gentleman qu'il était arrivé à la dernière période de la phthisie. Dès lors il prit l'habitude de faire coucher avec lui son chien favori, probablement pour ne pas se priver un seul instant du plaisir que procure ce malodorant animal aux amateurs de chiens. Bientôt le fidèle caniche manifesta les symptômes évidents de désordres pulmonaires; il toussait presque constamment, et finalement il mourut, regretté par son maître, qui acheta le lendemain un autre chien pour en faire son compagnon de lit. Au bout d'un certain temps, le nouveau chien fut emporté par le même mal. Le malade s'est procuré un troisième chien, qu'il fait coucher dans son lit comme les deux chiens défunts, et qui aura probablement le même sort. Mais le gentleman, pendant ce temps, va de mieux en mieux. Chaque chien le débarrasse d'une partie de ses tubercules, et il espère qu'il ne lui faudra plus que trois ou quatre victimes pour être entièrement guéri.

Ceci n'est pas un canard, ajoute le journal américain, c'est un homme d'affaires bien connu à Geneses. J'accepterais volontiers le jeu de mots, mais à condition que ledit journal voulût bien me donner quelques éclaircissements sur les propriétés antiphthisiques de la cohabitation avec un chien.

***

la pupille est contractée, ou dilatée, rebelle à l'excitation. Mais il convient de faire également la part des troubles du fond de l'œil, sur lesquels le docteur Lutz, de Chicago, a attiré l'attention (1).

Cet ophthalmologiste distingué aurait observé des faits précis de névrite et périnévrite optique, en relation évidente avec le coup de chaleur ou ses suites. Dans 6 observations, on voit des troubles graves de la vision suivre l'exposition au soleil et à la chaleur excessive, et le diagnostic de névrite optique de l'un ou des deux yeux est porté avec rigueur à l'examen ophthalmoscopique. Mais la facilité et la rapidité de la guérison dans presque tous les cas, contraste trop avec la gravité ordinaire de ce genre de lésions, pour qu'on ne fasse pas de réserves sur l'authenticité du diagnostic. Un de ces cas s'accompagnait, comme dans le cas d'Handfield Jones, de paralysie partielle du bras gauche, la névrite optique étant à droite. Dans un septième cas, il y eut choroïdite exsudative et décollement rétinien. Macnamara (*A Manual of Disease of the eye*, 1878), faisant allusion aux altérations du fond de l'œil, pour lui de nature congestive, qu'on observe aux Indes chez les insolés, admet un point de départ rétinien et incrimine l'excès de la radiation solaire. Pour Hotz et Albutt, cette interprétation n'est pas fondée; la marche est inverse, le point de départ est cérébral : congestion cérébrale, hypérémie méningée, légère méningite exsudative, causant secondairement les lésions papillaires. Ils en voient la preuve dans ces faits que, sur ses 6 premiers malades dont les troubles oculaires suivirent exactement la même marche, l'insolation fut absolument hors de cause dans 3 cas.

Sentleben (2) n'admet pas que la paralysie du cœur, invoquée pour la première fois par Obernier, donne la clé de tous les accidents observés dans le coup de chaleur. Cette paralysie, imputée à l'hyperthermie, devrait se rencontrer plus fréquemment dans les maladies courantes qui s'accompagnent d'hyperthermie notable; et, d'autre part, la mort peut survenir dans le coup de chaleur sans que l'hyperthermie se soit prononcée.

En pathologie expérimentale, les animaux dont on obtient la mort par l'échauffement artificiel, présentent un sang constamment et rapidement coagulable, tandis que le sang des insolés demeure liquide et diffluent. Dans l'opinion de l'auteur, on a affaire à une désorganisation aiguë du sang; l'anatomie pathologique aurait donc fait fausse voie jusqu'à présent, Obernier, Zédamgrotzky et Ulmann ayant seuls procédé à quelques recherches hématologiques sommaires, qu'il convient de reprendre dans le sens du programme qu'il trace aujourd'hui. Mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit, en faveur de laquelle Sentleben ne peut guère produire jusqu'à présent que les résultats d'une analyse incomplète du sang, trop insuffisants pour qu'on soit autorisé à le suivre dans la nouvelle voie thérapeutique qu'il prétend inaugurer : la saignée suivie de la transfusion.

Le docteur Zuber a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (3) le résultat d'obser-

(1) *The American journal of medical science*, juillet 1879.
(2) *Deutsche milit. Zeitschrift*, 1879, p. 482, et 1880, p. 411.
(3) *Union médicale*, 23-25 décembre 1880.

Vous rappelez-vous, chers lecteurs, un des derniers articles de Sarcey dans la *Revue politique et littéraire*, sur ses premiers maîtres en musique ? Il y raconte la mésaventure arrivée à son père, lequel, voulant faire couronner rosière, à Dourdan, une jeune fille qui lui paraissait digne en tous points de cette distinction, eut la mortification de voir refuser à l'unanimité sa candidate parce qu'elle était affectée d'une déformation qu'il ne voyait pas, tant il était myope, mais qui se termina par un accouchement le jour même du couronnement de la vraie rosière. Dourdan serait-il prédestiné à ces coups de la fortune? La rosière de cette année s'est vu refuser son prix, 2,000 francs, s'il vous plaît, pour le même vice de formes, et ce qu'il y a de plus joli, c'est qu'elle a intenté un procès au président du jury, qui s'était ravisé après la constatation du cas. Mais le tribunal de Rambouillet vient de décider que l'élection devait être annulée. Faudra-t-il donc maintenant, avant de procéder au vote, que le jury se fasse renseigner par un examen préparatoire de sages-femmes, sur l'état du capital des candidates? Cela nous ramènerait assez loin en arrière; mais enfin, il faudrait pourtant bien éviter toutes ces mésaventures.

Qu'en pensez-vous?

SIMPLISSIME.

CONCOURS. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le samedi 14 octobre 1882, à *une heure précise*, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47.

vations faites à Biskra, où le coup de chaleur se rencontre fréquemment, absolument indemne d'ailleurs de tout alliage paludéen, ce qui permet d'élaguer de sa symptomatologie une foule d'accidents que lui ont à tort attribués les médecins anglais observant aux Indes dans des foyers de malaria et de choléra.

Dans ces conditions, la symptomatologie du coup de chaleur lui paraît d'une simplicité extrême; les accidents sont ceux de l'asphyxie par la chaleur, telle exactement que la réalise la pathologie expérimentale. Dans la première forme, la plus grave, caractérisée par la perte de connaissance, la dyspnée, une hyperthermie considérable (jusqu'à 45°, quelques instants avant la mort), on est fondé à admettre une atteinte primitive du cœur ou du diaphragme : coagulation de la myosine, paralysie consécutive, et peut-être aussi des altérations sanguines encore mal déterminées (destruction des globules, accumulation d'acide carbonique).

Dans la deuxième forme, les symptômes sont plutôt cérébraux ou cérébro-spinaux : céphalée, convulsions, somnolence, etc., se rapprochant de ceux qu'on a l'habitude de rapporter à l'insolation, interprétation fausse, évidemment, puisqu'ils peuvent se rencontrer en dehors de l'action du soleil.

C'est le fonctionnement normal ou anormal de la sécrétion sudorale qui déterminerait l'aspect clinique de la maladie; les malades de la première catégorie avaient vu leur transpiration se supprimer avant l'attaque; ceux de la seconde l'avaient conservée intacte ou exagérée. Or, les alcooliques paraissent exercer sur la sécrétion sudorale une influence inhibitoire dont on voit tout le danger.

A propos de cette communication, le professeur Vallin insiste sur la grande ressemblance des faits observés par M. Zuber avec ceux que lui ont présentés ses expériences bien connues. A côté des cas de mort par échauffement extrême du sang et coagulation du suc musculaire, il existe bien des accidents attribuables à des congestions cérébrales ou à des méningites, obtenues chez les animaux en faisant circuler autour de la tête de l'eau très chaude dans un manchon de caoutchouc (la température, ici, ne s'élève que médiocrement), c'est-à-dire dans des conditions réalisant celles de l'insolation.

Dans la chambre de chauffe des navires, dit Constantin Paul, la température propre des chauffeurs, qui sont sujets à éprouver tous les symptômes du coup de chaleur, monte tout d'abord à 38°5 et 39°. Quand la température extérieure est elle-même excessive, par exemple comme dans la mer Rouge, ils ne se sauvent que par un emploi copieux de boissons aqueuses, immédiatement restituées en abondantes transpirations.

L'effet salutaire des transpirations contre les inconvénients de la chaleur exagérée est un fait bien connu, ajoute E. Labbé; un colonel de la marine hollandaise dans les Indes renvoyait rigoureusement en Europe tous les marins qui ne transpiraient pas, parce qu'il avait observé que ces hommes ne pouvaient supporter la haute température du pays; lui-même n'a quitté les Indes que parce que sa transpiration s'est arrêtée et, qu'à la suite, une abondante diarrhée est survenue.

Le professeur Colin rappelle brièvement les intéressantes considérations qui sont présentées dans son Traité des maladies épidémiques. Dans les prodromes du coup de chaleur, on constate, en effet, aux Indes, une suspension plus ou moins complète des sueurs, la sécheresse de l'enveloppe cutanée, sa rugosité et l'augmentation des démangeaisons chez ceux-là surtout qui sont atteints d'eczéma tropical. Le dernier symptôme a été regardé comme assez important pour commander, par excitation réflexe, les désordres nerveux qui sont observés dans la forme cérébro-spinale de l'attaque; mais cette explication pathogénique est évidemment forcée. L'augmentation de la sécrétion rénale est aussi notée. La suppression des sueurs met le sujet dans la situation des animaux d'expériences que l'étuve humide conduit à l'asphyxie en leur enlevant une source de refroidissement.

D'après des suggestions purement physiologiques, Landouzy recommanderait l'emploi de la pilocarpine en vue d'une action à exercer sur les centres excito-sudoraux, et c'est une expérience qui a été faite en effet, d'après Zuber, en Allemagne, avec quelque succès.

Le professeur Arnould (1) admet les différents mécanismes pathogéniques basés sur les résultats expérimentaux et les formes cliniques correspondantes telles que les a déduites Lacassagne. Il existe sur les phénomènes d'asphyxie que peut provoquer la respiration d'un air surchauffé et raréfié.

Bouchardat (2) admet à la fois l'asphyxie comme Londe, en conformité avec les recherches de Magendie, ou la congestion cérébrale, comme Michel Lévy. Les annales de la science font connaître des épidémies d'apoplexie, qu'on a attribuées à des températures élevées, telles que celle décrite par Baglivi, qui régna à Rome et dans toute l'Italie (1694-95), et celle beaucoup

(1) *Nouveaux éléments d'hygiène*, 1881.
(2) *Traité d'hygiène publique et privée*, 1881.

moins légitime, quant à cette origine, observée par Lancisi. Les chaleurs excessives de l'été créeraient dans l'organisme un état de pléthore calorifique, l'opposé de la misère physiologique.

(*A suivre*). R. LONGUET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. VULPIAN communique une note sur la sensibilité des lobes cérébraux chez les Mammifères.

« M. L. Couty a communiqué à la Société de biologie, en 1880, les résultats d'expériences faites pour étudier l'action des excitants mécaniques sur les régions de l'écorce cérébrale que l'on a considérées comme motrices. Il note que MM. Hitzig, Franck et Pitres auraient signalé très explicitement avant lui ce mode d'excitabilité de ces régions du cerveau et que M. Duret l'aurait peut-être admis implicitement. M. Couty a vu, sous l'influence des excitations mécaniques des zones corticales motrices du cerveau, des mouvements se produire chez des chiens. Une condition lui a paru nécessaire pour que ces mouvements aient lieu, c'est que l'écorce cérébrale soit très excitable : il a pu augmenter l'excitabilité normale de cette écorce en y déterminant une inflammation d'un certain degré d'intensité, soit par la simple mise à nu de la région du cerveau sur laquelle il se proposait d'opérer le lendemain, soit par des irritations de nature variée. Le tissu nerveux, devenu un peu plus consistant par suite de l'inflammation, pouvait être rayé ou frotté plusieurs fois de suite dans les mêmes points sans se réduire en pulpe molle, sans se détruire en un mot. Les effets obtenus dans les expériences de M. Couty ont été de deux ordres : d'une part, des contractions de certains muscles du côté opposé du corps, et, d'autre part, des mouvements dans le côté correspondant au lobe cérébral excité; dans certains cas même, des mouvements plus ou moins généralisés ont été observés. Les premiers de ces effets sont seuls semblables à ceux qui se manifestent sous l'influence des excitations électriques de la surface des régions dites motrices de l'écorce cérébrale; les autres doivent évidemment être regardés, ainsi que le dit M. Couty, comme des mouvements réflexes, c'est-à-dire comme des résultats d'irritation sensitivo-motrice.

« J'ai fait un assez grand nombre d'expériences, à diverses reprises, dans le but de m'assurer du degré d'excitabilité mécanique de l'écorce grise du cerveau. Chez les Mammifères (chien, chat, lapin), à l'état sain, je n'ai jamais vu le moindre mouvement se produire, soit dans les membres du côté opposé, soit dans ceux du même côté, soit dans la face, lorsque je frottais, à l'aide d'une petite éponge, ou d'un lambeau d'amadou, ou d'un instrument mousse quelconque, ou enfin avec les pointes d'une pince à dissectiou, la surface du cerveau, dans les points dont l'excitation galvanique ou faradique déterminait des mouvements très accusés des membres ou de la face du côté opposé. Ainsi, chez le chien et chez le chat, après avoir bien reconnu les points du gyrus sigmoïde et de la circonvolution voisine sur lesquels il fallait appliquer les excitateurs d'un appareil à courants faradiques, pour voir se produire des mouvements soit du membre antérieur, soit du membre postérieur, soit de la moitié de la face du côté opposé, je soumettais ces mêmes points aux excitations mécaniques les plus variées, et jamais je n'ai vu se montrer la moindre contraction musculaire. Si donc on a pu, dans de telles conditions, provoquer, par les excitations mécaniques de l'écorce grise du cerveau, des mouvements de telle ou telle partie du corps, c'est un résultat tellement exceptionnel qu'il est permis de se demander si l'on n'a pas été induit en erreur par quelque circonstance accidentelle.

Les résultats ont été négatifs aussi lorsque j'ai répété ces essais, après avoir fait naître un état inflammatoire de la surface du gyrus sigmoïde par l'application de teinture ou d'emplâtre de cantharides ou encore d'essence de moutarde ou de nicotine. L'excitation de la surface de cette circonvolution, faite à l'aide de moyens mécaniques divers, n'a pas produit le plus faible mouvement dans une partie quelconque du corps.

Je ne mets pas en doute cependant les résultats constatés par M. Couty, qui est un observateur très attentif; mais je me crois en droit de dire que les mouvements qu'il a provoqués en excitant l'écorce cérébrale, après y avoir déterminé une inflammation préalable, ne doivent pouvoir être observés que dans certaines conditions tout à fait spéciales, et très différentes sans doute de celles dans lesquelles je me suis placé. D'ailleurs, les résultats de mes expériences de ces dernières années sont conformes à ceux que tous les anciens expérimentateurs avaient obtenus et à ceux que j'avais consignés dans mes leçons de physiologie générale du système nerveux en 1864.

Si mes expériences n'ont pas confirmé celles de M. Couty, relativement aux mouvements provoqués par des excitations mécaniques de l'écorce grise cérébrale, elles m'ont permis de constater des effets analogues à ceux qu'il envisage comme des troubles moteurs réflexes et qui sont dus, non plus à la mise en jeu, par les agents mécaniques, de fonctions motrices de certaines régions de l'écorce cérébrale, mais à l'excitation, au moyen de ces agents, de la sensibilité de ces régions des centres nerveux.

On sait que les excitations galvaniques ou faradiques de la surface du gyrus sigmoïde, chez le chien, déterminent un certain degré de douleur, même quand les excitateurs sont très éloignés des lambeaux de la dure-mère, qui sont doués d'une grande sensibilité. Ce sont les points dont l'excitation électrique produit des mouvements, soit dans le membre postérieur, soit dans le membre antérieur du côté opposé, qui paraissent être les plus sensibles, tout en étant bien moins sensibles que la dure-mère.

Les excitations mécaniques de la surface du gyrus sigmoïde n'ont jamais provoqué d'indices de douleur, dans mes expériences. C'est encore un point à propos duquel je n'ai pas constaté les mêmes résultats que M. Couty. Mais ces mêmes excitations, lorsqu'elles étaient faites sur les parties profondes de l'écorce cérébrale, au niveau du gyrus, ou sur les parties sous-corticales de la substance blanche du lobe cérébral mis en expérience, ont déterminé, dans la plupart des cas, des signes non équivoques de souffrance.

Lorsqu'on fait pénétrer les fils métalliques d'un excitateur dans les points dits moteurs du gyrus sigmoïde et qu'on fait passer par cet excitateur un courant faradique d'intensité moyenne, on voit que les mouvements provoqués dans les membres du côté opposé deviennent de plus en plus forts au fur et à mesure que les fils conducteurs s'enfoncent dans la substance cérébrale, à la condition toutefois qu'ils rencontrent les fibres du noyau blanc du lobe cérébral qui vont se rendre dans ces régions du gyrus. Les mouvements ainsi produits sont absolument de même forme que ceux qui ont lieu par la faradisation de la surface du gyrus sigmoïde; ils n'en diffèrent que parce qu'ils sont plus étendus et plus énergiques. De même, la douleur déterminée par la faradisation de la surface du gyrus devient un peu plus vive lorsque l'excitation électrique atteint la substance blanche sous-corticale. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que les excitations mécaniques, qui ne sont pas douloureuses lorsqu'elles portent sur la surface du gyrus sigmoïde, provoquent de la douleur quand elles atteignent les parties sous-corticales de cette région du cerveau. J'ajoute que les excitations mécaniques de ces parties sous-corticales du cerveau n'ont jamais provoqué de mouvements bornés à l'un ou à l'autre des membres du côté opposé.

La sensibilité de la substance des lobes cérébraux est d'ailleurs incontestablement obtuse. Les signes de douleur ne se manifestent pas d'une façon constante et les gémissements plaintifs qui se font entendre sous l'influence des excitations mécaniques ne sont jamais ni forts, ni très répétés : l'agitation qui accompagne parfois ces gémissements n'est pas non plus considérable.

Les manifestations de sensibilité s'observent surtout après que l'on a déjà excité deux ou trois fois la substance blanche sous-corticale. L'irritation expérimentale déjà subie par cette substance exagère donc sa sensibilité. Il est ainsi très probable que les irritations morbides peuvent y produire une exaltation qui se traduit par de la douleur.

Les régions de la substance blanche situées au-dessous du gyrus sigmoïde sont celles dont les excitations mécaniques mettent le mieux en évidence la faible sensibilité. Les autres régions de la substance blanche des lobes cérébraux ne m'ont pas paru absolument insensibles, mais mes expériences n'ont pas été assez variées pour me permettre d'être affirmatif sur ce point. »

JOURNAL DES JOURNAUX

Cas d'ulcération à marche progressive de la cuisse causée par une injection hypodermique de quinine, par le docteur Harrison Young. — Le malade, à son entrée à l'hôpital, était atteint à la cuisse droite d'une ulcération profondément excavée ayant un caractère atonique et ne présentant à sa surface que quelques rares granulations. Les bords étaient bleuâtres et elle donnait lieu à une abondante sécrétion de pus fétide.

Six mois auparavant, il avait été traité aux Indes pour une fièvre intermittente au moyen d'injections sou-scutanées de sulfate de quinine; la piqûre de la canule de la seringue à injections avait été l'origine de cette ulcération qui s'était rapidement étendue et s'était montrée rebelle à tout traitement.

Ce cas est un exemple des dangers de l'administration de la quinine par la méthode hypodermique. Les propriétés irritantes de ce médicament et de l'acide qui sert à le dissoudre

ont une action destructive sur les tissus. D'où la nécessité de restreindre ce mode d'administration de la quinine aux cas dans lesquels tous les autres procédés ne donnent pas de résultats. (*The med. Press. and circular,* p. 364, 26 oct. 1881. — Ch. E.

VARIÉTÉS

LA RAGE A BORDEAUX.

Les méfaits de la gent canine sont nombreux dans le chef-lieu du département de la Gironde. Telle est du moins la conclusion naturelle de la lecture du mémoire présenté par M. le docteur Mauriac, à la Société d'hygiène publique de Bordeaux. Dans ce réquisitoire, fort spirituel d'ailleurs de notre savant confrère, nous remarquons que les cas de rage sont beaucoup plus nombreux qu'avant la suppression de l'obligation de la muselière De 1876 à 1878, on comptait 5 chiens enragés ayant mordu 52 autres chiens et 1 chat, mais aucun cas de rage chez l'homme. Dans la deuxième période (1879-1881) la muselière a été supprimée; on compte 32 chiens enragés ayant mordu 209 animaux et 4 personnes. Parmi ces dernières, deux hommes succombèrent à la rage.

Cette statistique montre que la progression des cas de rage est croissante dans le chef-lieu de la Gironde et que ce fait est le résultat de la suppression de la muselière. Il serait donc utile de la rétablir, en maintenant l'usage du collier, et d'organiser des battues régulières en toutes saisons et trois fois par semaine. (*Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, p. 382. 29 juillet 1882.)

Vous avez raison, honoré confrère de Bordeaux. Heureusement pour vous que vous n'avez cure de la colère ou des aboiements de la gent canine et du courroux de ses trop ardents protecteurs. Aimons les chiens, mais préférons nos semblables ! — Ch. E.

COURRIER

LA VACCINATION OBLIGATOIRE EN SUISSE. — L'obligation vaccinale vient de subir un sort malheureux dans ce pays de liberté. Il y a quelques temps, une loi rendant la vaccine obligatoire fut votée par le conseil fédéral, et cette loi se trouva suspendue par le fait d'une pétition de 30,000 citoyens.

En vertu de la constitution Suisse, le peuple a été appelé à voter sur cette loi.

Voici le résultat du vote :

Pour la vaccination	62,554
Contre	225,730

Malgré nos préférences ici exprimées, nous nous inclinons devant la volonté populaire.

NOUVEAU TÉLESCOPE. — Un nouveau télescope de proportions gigantesques va être installé prochainement à l'observatoire de Poulkovo, en Russie. On sait que cet observatoire, créé en 1839 par le czar Nicolas, a possédé longtemps les instruments astronomiques les plus puissants que l'on eût construits. D'après le désir de son fondateur, l'établissement de Poulkovo devait toujours être pourvu des moyens d'observation les plus parfaits et ne le céder, sous ce rapport, à aucune institution analogue du monde. Mais, dans ces dernières années, les progrès scientifiques en France, en Angleterre, aux États-Unis ont permis d'obtenir des réfracteurs d'une force supérieure à celle de la grande lunette de Poulkovo, que les Russes croyaient toujours être sans rivale.

Depuis un an on s'occupe de la taille des lentilles, qui sont composées de masses de verre de nature différente, de flintglass et de crown, et au mois d'octobre l'objectif pourra être présenté à l'examen des astronomes russes.

La longueur totale du télescope de Poulkovo sera de 45 pieds, et le diamètre libre de l'objectif de 30 pouces, auxquels s'ajoutent 2 pouces pour les montures.

L'endroit ou le réfracteur gigantesque devra être monté est une pelouse qui s'étend au sud-ouest du bâtiment principal de l'observatoire de Poulkovo; il sera disposé sur une tour mobile en fer, roulant sur des rails.

Si avec le nouveau télescope on n'aperçoit pas d'habitants dans la lune, on n'en verra pas moins cet astre de très près, car on pourra le rapprocher jusqu'à une distance de 38 lieues de la terre.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

De l'hôpital de Lourcine.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

(Troisième mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 7 juillet 1882.

Par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Messieurs,

Depuis la communication de mes deux mémoires à la Société médicale des hôpitaux dans les séances du 23 juin et du 14 octobre 1881, j'ai poursuivi l'étude des injections hypodermiques de la solution de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. Dans l'espace de 14 mois, 600 malades environ ont été traités par cette méthode. Onze mille injections ont été pratiquées. Si j'avais des modifications à apporter aux conclusions qui ressortent des expériences exposées dans ces deux mémoires, ce serait pour affirmer de plus en plus, ainsi que le démontrent toutes les observations des 600 malades, recueillies avee le plus grand soin par mes élèves, que les injections de la solution de peptone mercurique ammonique, préparée par mon excellent ami M. Delpech, pharmacien, faites dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région dorsale avec une canule très fine, à pointe très acérée, ne produisent, si la solution est absolument neutre :

1° Aucune douleur vive, intense, atroce, syncopale même, ainsi qu'il était commun de le voir, lorsqu'on employait une autre préparation mercurielle, notamment celle à base de biiodure;

2° Aucun accident local tel que phlegmon, abcès, eschare, alors même qu'elles sont pratiquées chez des syphilitiques atteints de diabète, ainsi qu'il résulte de l'observation d'un de mes malades dont l'urine contenait 69 grammes de sucre par litre (5 litres d'urine environ étaient sécrétées en 24 heures, le malade rendait donc 345 grammes de glucose dans ce laps de temps). Malgré cette énorme quantité de sucre, jamais il n'est survenu d'accident cutané pendant le traitement par les injections hypodermiques. Ce fait prouve d'une manière évidente l'innocuité de la solution neutre de peptone mercurique ammonique.

3° La salivation, la stomatite mercurielle ne surviennent presque jamais, à moins qu'il n'existe préalablement une irritation de la muqueuse buccale produite par le tabac, l'alcool, une mauvaise dentition, etc.

4° Les troubles gastro-intestinaux qui accompagnent si souvent l'administration mercurielle par la voie stomacale, par la voie pulmonaire, ne se montrent jamais. Aussi la méthode de traitement par les injections permet d'instituer le traitement général d'une maladie constitutionnelle ou diathésique préexistante à la contagion de la syphilis. Elle permet notamment de faire suivre au diabétique le traitement en rapport avec son état.

5° Les injections hypodermiques exercent sur la syphilis et ses diverses manifestations, que la maladie évolue normalement ou anormalement, une action beaucoup plus efficace, beaucoup plus énergique, beaucoup plus rapide que celle obtenue par les autres modes d'administration du mercure et de ses composés. Les faits de syphilis anormale, de syphilis grave, de syphilis dite maligne, dont il me serait facile de citer un grand nombre d'observations recueillies soit dans mon ser-

vice, soit dans ma clientèle, sont une des preuves les plus éclatantes de cette énergie d'action.

Telles sont, Messieurs, les conclusions que nous devons tirer de toutes mes observations depuis quatorze mois. Telles sont les conclusions que la clinique a mises en évidence. Il me restait à donner à cette méthode de traitement de la syphilis une consécration nouvelle et en même temps irréfutable : la comparaison des diverses méthodes d'administration du mercure dans le traitement de la syphilis, sous le rapport de leur énergie, de leur promptitude d'action.

La clinique m'avait bien démontré que l'absorption du mercure était plus rapide par les injections hypodermiques que par la voie stomacale ou par les frictions ; que l'élimination du mercure par les urines se faisait de même plus rapidement, que par conséquent l'accoutumance était moins à craindre, que la médication pouvait être poursuivie pendant un temps plus long sans craindre les accidents mercuriels. Tous ces faits avaient évidemment une grande valeur pour prouver la supériorité de cette méthode de traitement, mais il était évident aussi qu'elle en aurait une plus grande encore, qu'elle serait surtout à l'abri de toute critique si je parvenais à montrer que cette méthode l'emporte sur les autres par le fait de son action rapide sur la constitution du sang et sur la nutrition.

A cet effet, j'ai procédé aux recherches suivantes : j'ai soumis d'abord à l'expectation, pendant huit jours, un certain nombre de malades syphilitiques, afin de m'assurer de l'influence du régime hospitalier sur la nutrition, sur l'état du sang et sur les urines. En prenant le poids des malades, en comptant les globules du sang et en prenant la densité des urines, je me suis rendu compte que le régime alimentaire de l'hôpital n'avait aucune influence ou qu'une influence insignifiante. Ceci fait, j'ai divisé mes malades en trois séries : la première a été traitée par les injections hypodermiques à 5 milligrammes de sublimé ; la deuxième par la voie stomacale à la dose d'une cuillerée à café de la solution de peptone mercurique, représentant 5 milligrammes de sublimé ; la troisième par les frictions d'onguent mercuriel double à la dose de 5 grammes sur les parois latérales du thorax.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, mon excellent interne, M. Hamonic, qui a procédé à ces recherches avec le plus grand soin, et que je ne saurais trop remercier de son zèle et de son concours, comptait les globules du sang, prenait le poids du corps et mon interne en pharmacie, M. Ormezzano procédait à l'analyse des urines.

Les pesées, les numérations et l'analyse des urines ont toujours été faites aux mêmes heures et autant que possible dans les mêmes conditions de digestion..

Huit jours après le traitement mercuriel, une nouvelle analyse était faite.

M. Hamonic a consigné dans un tableau les résultats que nous avons obtenus sur 100 malades environ. Ce tableau sera reproduit dans mes leçons sur la thérapeutique de la syphilis. Actuellement je tiens à vous faire connaître les conclusions qui découlent de mes nouvelles recherches expérimentales.

Les globules qui diminuent chez la femme syphilitique dans une proportion énorme, puisque leur numération accuse seulement un chiffre variant entre 2 à 2 millions 1/2, augmentent rapidement de nombre chez les malades traitées par les injections hypodermiques. Après huit jours de traitement, l'aglobulie disparaît, le chiffre des globules est de 4 à 5 millions et demi, chiffre normal de l'individu en bonne santé. En même temps le poids du corps augmente. Cette augmentation est de 1 à 5 kilogrammes. La densité de l'urine est de même augmentée par suite d'un accroissement des chlorures et de l'urée.

Chez les malades traitées par la solution interne, l'augmentation du chiffre des globules est plus lente ; alors qu'il faut huit jours, au moyen d'injections hypodermiques, pour obtenir une augmentation supérieure à 2 millions, il en faut de douze à dix-neuf environ pour la constater chez les malades traitées par la voie stomacale, et encore rarement cette augmentation est obtenue d'emblée. De même la nutrition est moins active, le poids des malades augmente plus lentement. Chez les malades traitées par les friction, l'augmentation du chiffre des globules s'accuse

dans une période qui varie entre huit et quatorze jours. Elle n'atteint jamais le chiffre obtenu au moyen des injections hypodermiques. De même le poids du corps augmente plus lentement.

La conclusion de ces nouvelles recherches est donc la suivante : l'administration des préparations mercurielles par les injections hypodermiques exerce sur l'aglobulie et sur la nutrition une action non-seulement plus rapide, mais encore plus active que l'administration des mercuriaux par la voie stomacale ou par les frictions sur la peau.

Ces recherches nous ont donné en outre des résultats que je dois vous faire connaître. Lors de l'administration du mercure par la voie stomacale ou par les frictions, si la tolérance du médicament n'est pas parfaite, les globules diminuent au lieu d'augmenter. Avec les injections hypodermiques, la tolérance est parfaite, aussi les globules augmentent toujours. Il n'y a qu'un cas où la diminution s'observe, diminution qui se montre, du reste, dans tous les autres modes d'administration du mercure, c'est le suivant : toutes les fois qu'il survient chez un syphilitique une affection intercurrente ou une nouvelle poussée de manifestations syphilitiques, surtout si celle-ci s'accompagne de malaise, de fièvre, les globules diminuent pendant quelques jours, puis l'augmentation reparaît et arrive rapidement à son maximum suivant le mode de traitement. Enfin il résulte de ces recherches que le maximum du chiffre des globules une fois atteint, l'augmentation cesse de s'effectuer.

Je n'ai nul besoin, Messieurs, d'insister sur les particularités intéressantes, mises en évidence par mes nouvelles expériences. Vous les avez déjà appréciées. Permettez-moi, toutefois, d'insister sur quelques-unes.

Et d'abord, certains faits relevés se trouvent en corrélation parfaite avec ceux que Liégeois avait mis en lumière dans son travail sur le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques. C'est ainsi qu'il avait constaté l'augmentation de l'embonpoint ou du poids des malades, augmentation plus considérable chez les sujets traités par les injections que chez ceux traités par la voie stomacale. En même temps que cette augmentation de poids, Liégeois avait trouvé une augmentation sensible de la densité de l'urine, et par suite une augmentation des matières solides que ce liquide renferme. Liégeois prouvait donc par ses expériences que le travail de nutrition était activé en même temps que le travail de dénutrition l'était aussi dans des proportions, il est vrai, toutefois moins considérables que le premier, puisque l'individu augmente de poids. Ce fait que mes recherches viennent de remettre en lumière est d'autant plus intéressant, que nous le voyons aujourd'hui coïncider avec l'augmentation du nombre des globules rouges et des hématoblastes. Les injections hypodermiques suractivent donc la nutrition du syphilitique alors même qu'on injecte dix milligrammes de sublimé. Cette connaisssance de la disparition rapide de l'aglobulie, de la réparation plus prompte de la nutrition, nous donne actuellemeut l'explication physiologique du fait que je signalais dans l'obs. 172 de mon deuxième mémoire, où j'avais vu la cachexie syphilitique disparaître promptement sous l'influence d'injections journalières à 10 milligrammes de sublimé. Chez ce malade, les injections à cette dose furent, vous le savez, continuées pendant assez longtemps et la cachexie mercurielle ne survînt pas. Or, nous savons qu'à cette dose, le mercure, donné par la voie stomacale, dépasse souvent le but désiré par le médecin, qu'il cesse d'être reconstituant pour devenir exclusivement altérant et même toxique.

C'est là encore un des avantages de la méthode du traitement de la syphilis par la voie hypodermique, que je ne saurais trop faire valoir. Le médecin peut prolonger sans crainte la médication mercurielle, assuré qu'il est que, pendant le cours du traitement, la cachexie mercurielle ne surviendra pas. Cette sécurité dans le traitement lui permet donc de combattre rapidement et efficacement les manifestations graves de la syphilis. Il me serait très facile, si je ne craignais d'allonger, outre mesure, ce mémoire, de publier un grand nombre d'observations à l'appui de cette innocuité des injections hypodermiques. Je me contenterai de vous dire que sur les

600 malades traités par cette méthode, je n'ai jamais vu survanir la cachexie mercurielle et pourtant chez certains d'entre eux, il y a eu de 60 à 80 injections pratiquées sans interruption, à la dose de 10 milligrammes de sublimé. Ce résultat est probablement dû à l'absorption rapide du mercure et à son élimination aussi rapide par les urines, ainsi que l'a constaté mon interne en pharmacie, M. Ormezzano. C'est de même à la non-accumulation du médicament, par suite de sa prompte élimination qu'il faut attribuer la tolérance de l'économie pour cette préparation mercurielle, l'absence de la salivation et de la stomatite, ainsi que l'action rapide, énergique de cette médication sur les diverses manifestations syphilitiques cutanées, muqueuses et viscérales.

D'après les faits cliniques observés depuis quatorze mois, d'après les nouvelles recherches que j'ai faites cette année sur le sang, sur la nutrition et sur les urines, avec mes internes MM. Hamonic et Ormezzano, il résulte donc comme conclusion générale de mes trois mémoires :

Que les injections hypodermiques de la solution de peptone mercurique ammoniaque, selon la préparation officinale que M. Delpech a fait connaître, constituent la méthode par excellence de l'administration du mercure dans le traitement de la syphilis. A l'aide des injections, le médecin est assuré de combattre plus efficacement qu'avec les autres modes d'administration du mercure les manifestations syphilitiques. En outre le médecin, chargé d'un service dans les hôpitaux civils ou militaires, est assuré que le médicament est journellement absorbé, que les accidents syphilitiques cèdent plus promptement, que le malade séjourne moins longtemps à l'hôpital.

Le médecin, en abrégeant les journées de traitement, procure aux Administrations de bienfaisance une grande économie, but qu'il doit toujours se proposer, afin de faire participer aux bienfaits de la charité un plus grand nombre de personnes. A ce titre donc, cette méthode de traitement doit être adoptée dans tous les hôpitaux. Elle doit l'être surtout dans les hôpitaux militaires; car, si nous consultons l'ouvrage si remarquable de M. le professeur Léon Colin, nous voyons qu'elle peut procurer au budget de l'Etat une grande économie, en diminuant le nombre des journées de traitement. M. L. Colin nous apprend, en effet, que la syphilis est très fréquente dans l'armée. Sur 10,000 journées de traitement, il y en a 2,000 en moyenne qui reviennent à la syphilis. Le total de la morbidité, c'est-à-dire la somme des journées de traitement pour maladies vénériennes, s'élève dans l'armée française, sur un effectif flottant de 300 à 350,000 hommes, à un chiffre variable de 12 à 1,500,000. Il y a donc, chaque année, trois à quatre fois plus de journées de traitement pour maladies vénériennes qu'il y a d'hommes sous les drapeaux. Chaque jour il se trouve en moyenne, dans l'armée française, de 3 à 4,000 vénériens en traitement, environ 10 sur 1,000 hommes présents sous les drapeaux. En fin de compte, ce total de journées de traitement des vénériens équivaut, chaque année, au service de l'armée entière pendant trois ou quatre jours. Cette citation suffit pour montrer que le médecin, dans l'intérêt du budget de l'Etat, doit rechercher avec soin le traitement qui diminuera le nombre de journées des malades vénériens. Or, les nouvelles recherches que je viens soumettre à votre appréciation prouvent, sans conteste, que les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique aboutissent à ce résultat, puisqu'elles guérissent plus promptement et plus efficacement les diverses manifestations de la syphilis.

En terminant, Messieurs, une question se présente. Le traitement par les injections hypodermiques est-il applicable à tout individu syphilitique? En principe, oui. Lorsque le médecin est assuré d'avoir entre les mains un mode de traitement qui, sans dangers aucuns pour le malade, guérit plus vite et plus sûrement les accidents, parfois si graves, de la syphilis, il ne peut y avoir de sa part aucune hésitation à l'employer habituellement. En pratique, je ne connais jusqu'à présent que deux exceptions qui empêchent le médecin d'y avoir recours. D'abord, chez l'enfant, la pusillanimité est telle que parfois il faut préférer un autre mode de traitement. De même, chez le nouveau-né, il pourrait y avoir danger à pratiquer tous les

jours des injections hypodermiques. Chez l'adulte, la peau, ainsi que je l'ai constaté deux à trois fois, est parfois le siège d'une hyperesthésie telle que le plus léger pincement, le plus léger attouchement produisent une violente douleur. Dans ces conditions, l'introduction de la canule, même la plus fine, produit une douleur tellement vive qu'il faut renoncer à ce mode de traitement. Ces faits s'observent surtout chez la femme. *A priori*, j'avais cru que le diabète serait une contre-indication aux injections hypodermiques de peptone mercurique. Un diabétique, atteint de syphilis grave, m'a prouvé l'innocuité de ces injections, faites journellement à la dose de 10 milligrammes. Pendant la durée du traitement, aucune inflammation de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané n'est survenue. Vous le voyez, à part les deux exceptions signalées, le médecin peut pratiquer tous les jours les injections hypodermiques de peptone mercurique.

Messieurs, dans la relation de mes observations sur cette préparation, je n'ai pas mentionné le résultat que M. Galezowski aurait obtenu avec le cyanure de mercure. Ce savant oculiste prétend que cette préparation est plus active que la peptone mercurique dans le traitement des affections syphilitiques de l'œil.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire ces injections et d'établir une comparaison entre les deux médicaments. Ce que je puis affirmer seulement, c'est la guérison rapide des iritis, des irido-choroïdites syphilitiques traitées dans mon service avec les injections hypodermiques de peptone mercurique à 10 milligrammes. Notre collègue, M. Blachez, a fait dans son service de l'hôpital Necker la même remarque. Donc, jusqu'au moment où il me sera démontré que le cyanure de mercure peut être employé tous les jours et pendant longtemps dans le traitement de la syphilis, sans danger aucun pour les malades, je continuerai à employer la solution de peptone mercurique dont mes observations et mes recherches prouvent l'innocuité et l'action prompte et énergique.

BIBLIOTHÈQUE

MEMBRANOUS DYSMENORRHOEA, par M. le docteur STROINSKI. — Chicago, 1882; Tucker et Newell.

Publié dans le numéro d'Avril 1882, du *The Chicago medical Journal and Examiner*, le mémoire actuel a pour but de démontrer que les théories pathogéniques de la dysménorrhée, de Virchow, Hausmon, Clarke et William, Engelman et Kindrat, ne suffisent pas pour expliquer les lésions anatomiques de la dysménorrhée membraneuse. D'après l'auteur, il faut admettre qu'elles sont dues à une sorte de parésie des nerfs de l'utérus et en particulier de ceux qui prennent leur origine dans le plexus utéro-ovarique.

Le docteur Green, cite un certain nombre de faits dans lesquels on ne pouvait invoquer l'existence ni de métrite, ni d'ovarite, ni de salpingite chroniques. Aussi, n'hésite-t-il pas à déclarer que les phénomènes inflammatoires, quand ils existent, sont la conséquence et non la cause de la maladie.

Dans ce mémoire, il est regrettable que l'auteur ait omis de citer les travaux de MM. Labadie-Lagrave et Huchard sur cette maladie.

Le travail de ces deux médecins, bien que publié depuis quelques années, n'en est pas moins important dans l'histoire pathogénique de cette affection. — C. E.

THE TRANCE STATE IN INEBRIETY ITS MEDICO-LEGAL RELATIONS, by J. D. Crothers; WITH AN INTRODUCTION ON THE NATURE AND CHARACTER OF THE TRANCE STATE, by, G. BEARD. — Hartford, 1882.

La perte de conscience dans la dipsomanie alcoolique est un phénomène qui, s'il est constant, comme le fait remarquer le docteur Beard dans son introduction au mémoire de M. Crothers, présenterait une grande importance médico-légale. Aussi, d'après ce dernier, la dipsomanie alcoolique doit être considérée comme une maladie, entraînant l'irresponsabilité dans certaines circonstances. Il est donc important de déterminer si, au moment de l'exécution des actes délictueux, l'accusé était dans un état de coma partiel, d'amnésie et de perte de conscience, c'est-à-dire du « *trance state.* »

Dans le cas de l'affirmative, les inculpés doivent être traités comme des malades et recevoir dans des asiles spéciaux une surveillance qui préviendra la répétition des actes délic-

tueux. De plus, ils y seront l'objet de soins qui peuvent améliorer leur état et même quelquefois les guérir. Un certain nombre de faits sont cités à l'appui de cette conclusion. Le mémoire du docteur Crothers présente donc un intérêt d'actualité, car la question est une de celles qui méritent à tout instant l'attention des médecins et des légistes. — Ch. ELOY.

PROCEEDINGS OF THE NATIONAL ASSOCIATION FOR THE PROTECTION OF THE INSANE AND THE PREVENTION OF INSANITY. Putnam's sons, 1882; New-York.

Cette Société a pour but de favoriser le développement de la psychiatrie, d'étudier les questions relatives à la législation sur les aliénés et de protéger ceux-ci contre les abus dont ils sont trop souvent les malheureuses victimes. La brochure actuelle donne le compte rendu de la réunion générale du 20 janvier dernier, qui a eu lieu à New-York sous la présidence du docteur Beard.

Parmi les communications qui ont été faites dans cette réunion, nous signalerons celle du docteur Allen sur les rapports des aliénés avec les médecins et les directeurs des Asiles; le discours du docteur Seguin sur le rôle des médecins consultants dans les asiles d'aliénés et enfin les observations du docteur Thomson sur les résultats du traitement de l'aliénation mentale par la méthode du *non restraint.* Enfin cette brochure contient une statistique intéressante du nombre des asiles d'aliénés des Etats-Unis et du Canada; quelques indications sur les méthodes thérapeutiques qui y sont en usage et l'évaluation de la population de chacun de ces asiles. — Ch. E.

A CONTRIBUTION TO THE SUBJECT OF NERVE-STRETCHING, par le docteur William MORTON. — (New-York, 1882).

Ce mémoire, intéressant d'ailleurs, a pour but de discuter les indications cliniques et les résultats thérapeutiques de l'élongation dans la sclérose des cordons latéraux, la paralysie agitante, l'athétose, la myélite chronique transversale, la sciatique et l'épilepsie réflexe. Les conclusions de l'auteur sont celles de la prudence. Il conseille l'emploi de l'élongation dans les cas rebelles; mais il recommande aussi de continuer l'étude des autres moyens de traitement. L'élongation est une médication qui attend encore sa législation. En tout cas, il serait utile pour perfectionner cette dernière, de lui substituer un procédé d'élongation par la méthode sous-cutanée, ce qui, d'après le docteur Morton, serait possible. Cette opinion n'est pas celle de tous les médecins. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

SOMMAIRE. — Correspondance. — M. Grancher : *De la valeur des respirations anomales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire commune.* — M. Ferrand : Rapport sur un mémoire de M. le docteur Desplats (de Lille), intitulé : *De l'action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude.* Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Damaschino, Rathery, Gérin-Roze, Siredey, Dreyfus-Brissac, Du Castel, E. Labbé, Féréol, A. Robin, Ferrand.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance manuscrite. — Lettre de MM. Moizard, Dejérine et Gombault, récemment nommés médecins du Bureau central, demandant à être inscrits comme candidats au titre de membres de la Société. — Lettre de M. Janssen, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, mettant à la disposition de la Société une carte d'admission aux séances pour la session de 1882, qui doit se tenir à La Rochelle.

Correspondance imprimée. — *France médicale.* — *Tribune médicale.* — *Lyon médical.* — *Marseille médical.* — *Annales de la Société d'hydrologie médicale.* — *Progrès médical.* — *Moniteur thérapeutique,* etc., etc.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait hommage à la Société du second volume de ses *Leçons de clinique thérapeutique.*

M. GRANCHER fait une communication intitulée : *De la valeur des respirations anomales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire commune.* (Sera publiée.)

M. FERRAND, médecin de l'hôpital Laënnec, lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Desplats, au titre de membre correspondant.

Messieurs,

Vous avez reçu de M. le docteur Desplats, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, de Lille, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine, un de nos anciens collègues de l'internat de Paris, une lettre sollicitant le titre de membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux, et, à l'appui de cette demande, un mémoire *Sur l'action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude*.

Ce travail fut renvoyé à une commission composée de MM. Debove, Hallopeau et Ferrand. Permettez-moi de vous dire quelques mots de cet intéressant travail et de son auteur.

Ce n'est pas la première fois qu'un tel sujet est l'objet des études de M. le docteur Desplats; déjà, en 1880, notre confrère lisait à l'Académie de médecine deux notes importantes sur l'*emploi de l'acide phénique comme agent antipyrétique*. Voici les conclusions de ce premier travail : L'acide phénique est un antipyrétique sûr, prompt et dont l'action est courte. Il peut être employé dans toutes les maladies fébriles. Il doit être manié avec hardiesse, quoique ses effets, au début surtout, doivent être surveillés. L'administration intermittente, à doses massives, donne de meilleurs résultats que l'administration continue. S'il est probable que les sueurs interviennent pour une part dans l'abaissement thermique, on ne peut dire qu'elles le produisent à elles seules, puisqu'elles manquent souvent. Lorsqu'on recourt pendant longtemps à l'acide phénique, il faut surveiller l'état du cœur et du rein, quoique, jusqu'ici, aucun fait positif ne permette de dire que l'administration longtemps continuée de l'acide phénique amène des dégénérescences de ces organes.

Ces conclusions résument tout à la fois l'indication du médicament, son mode d'emploi, sa physiologie pathologique, pour ainsi dire, et jusqu'à une réponse anticipée au sujet des inconvénients que l'on pouvait craindre de son usage ainsi préconisé. Le mérite de cette étude est dans la démonstration de ce fait : que l'acide phénique est bien un agent antipyrétique et qu'il peut être administré à tous les fébricitants, quel que soit leur âge, à des doses plus élevées que celles qu'on avait jusqu'alors coutume d'employer.

Des observations de fièvre typhoïde, de fièvre rémittente, de phthisie, de variole et même de rhumatisme sont citées par l'auteur à l'appui de sa thèse et plusieurs avec un détail de relevés thermiques soigneusement recueillis et qui achèvent d'en corroborer la démonstration.

Je n'ai pas à vous rappeler comment ces travaux ont été suivis de ceux de M. Hallopeau, dont notre Société a eu la primeur, et quelles nombreuses relations ont été publiées depuis, dont beaucoup confirment et quelques-unes attaquent les conclusions de M. Desplats.

Je pourrais rappeler, pour ma part, qu'ayant étudié physiologiquement et expérimentalement l'action toxique de l'acide phénique dès l'année 1876, j'ai depuis lors continué les études au point de vue clinique, et que mes observations, dont quelques-unes ont été consignées dans la thèse de M. Hubart, soutenue l'an passé, sont totalement conformes à celles qu'à recueillies M. Desplats.

Dans le mémoire que je résume aujourd'hui devant vous, M. Desplats rapproche l'action de l'acide phénique de celle du salicylate de soude. Exposant d'abord la méthode d'observation qu'il emploie, il insiste avec raison sur la nécessité (trop souvent méconnue) qu'il y a de prendre la température des malades tous les jours aux mêmes heures, dans des conditions identiques, si l'on veut avoir des courbes exactes et strictement comparables, et aussi sur l'utilité qu'il y a de prendre cette même température à des moments déterminés, à la suite de l'administration des agents médicamenteux, si l'on veut apprécier et toute la portée et le moment et la durée de l'action de ces agents. Si l'on ne tient compte de cette précaution, on peut recueillir les résultats les plus contradictoires; et je suis convaincu aussi, pour ma part, que là est bien souvent le secret des divergences qui séparent les divers observateurs.

Abordant alors l'examen des effets produits par le salicylate de soude. M. Desplats montre que son action est bien effective, qu'elle est prompte et qu'elle est courte, autant au moins, sinon plus, que celle de l'acide phénique. Des observations de fièvre typhoïde, de variole, d'accidents puerpéraux, de pneumonie même, dans lesquelles le salicylate a été administré et les effets suivis de moment en moment, établissent bien les caractères de cette efficacité.

Il n'est pas jusqu'à l'action analgésique du salicylate de soude que l'auteur ne retrouve après administration de l'acide phénique, ainsi qu'en témoignent les observations VIII, IX et X de son mémoire. D'où il conclut que, sans être aussi efficace que le salicylate pour combattre le rhumatisme, l'acide phénique a une action analogue et peut lui être substitué dans certains cas.

Revenant enfin sur les doses et le mode d'administration du médicament, M. Desplats ne fait nulle difficulté de reconnaître que les doses légères de 0,25 et de 0,50 centigrammes suffisent parfois, mais il ne craint pas de les élever jusqu'à plusieurs grammes. Le lavement n'est pas le seul mode d'emploi qu'il préconise; il dit avoir employé dernièrement avec avantage

une tisane faite avec 750 grammes d'eau, 3 grammes d'acide phénique et 1 gramme, ou 1 gramme 50, d'essence de citron.

L'auteur termine en revenant sur les inconvénients que peut présenter l'administration de l'acide phénique ou du salicylate de soude, et sur les objections qu'on a faites à leur emploi. C'est là, il faut l'avouer, un des points les plus délicats de cette question. Répugnances du goût et troubles gastriques, perturbations urinaires, accidents nerveux, c'est-à-dire intolérance du côté de la porte d'entrée et du côté de la porte de sortie du médicament, et aussi phénomènes d'intoxication proprement dite, telles sont les difficultés que présente l'administration de ces agents thérapeutiques. Or, ces difficultés, il est facile de les tourner ou même de les supprimer. La voie rectale substituée à la voix buccale affranchit les malades des répugnances du goût; je suis tenté de croire qu'elle ne les affranchit pas de tous les troubles gastriques et j'ai observé, dans un cas, des vomissements qui ont suivi l'usage d'un lavement phéniqué et ont pu lui être attribués; mais c'est là un fait exceptionnel et d'ailleurs quelques légers modificateurs stomachiques auront facilement raison de cette réaction sympathique excessive, si tant est qu'elle ait à se reproduire.

Les troubles urinaires n'ont guère plus d'importance, et j'y insiste d'autant plus que j'ai longtemps redouté le contraire. La coloration noire des urines atteste sans doute l'élimination de l'acide phénique par cette voie, mais elle n'implique aucune autre perturbation par elle-même; la prudence indique seulement, en ce cas, de modérer ou même de suspendre momentanément l'usage du traitement. Quant à l'albuminurie, c'est autre chose; bien que M. Desplats ne l'ait jamais observée que passagère et sans gravité, et cela, malgré les doses élevées auxquelles il a recours, je crois qu'il est sage de surseoir chaque fois qu'elle est bien constatée. Je puis, ces réserves faites, appuyer d'ailleurs les conclusions du mémoire que j'analyse sur le fait suivant : un phthisique, que je vois encore de temps en temps, au moment actuel et auquel j'avais prescrit des lavements d'acide phénique pour combattre une fièvre intense et persistante, a pu prendre pendant deux mois, sauf de très légères interruptious, deux lavements par jour, avec 0,50 centigrammes d'acide phénique par chaque lavement, sans qu'il ait présenté, au cours du traitement, aucun trouble dans la coloration de l'urine, et sans que aujourd'hui, après deux mois et demi de l'usage du médicament, il présentât la moindre trace d'albuminurie.

En un mot, Messieurs, l'acide phénique et le salicylate de soude sont d'excellents agents antithermiques et antialgésiques, sûrs dans leur action, rapides à la produire, impuissants à la maintenir, mais par cela même facile à s'éliminer et par conséquent d'un usage peu dangereux. La mesure de la dose tolérable est déterminée par la portée de leur influence hypothermique et les dangers qu'ils entraînent, plus faciles a éviter que ceux auxquels expose le chloroforme, sont loin d'en offrir la gravité.

La comparaison que l'on peut faire entre l'influence de ces agents et celle des bains froids a prêté à des controverses dans lesquelles je me garderai d'entrer. Vous avez les pièces du procès, et je crois que sans condamner aucune de ces pratiques, vous avez jugé déjà que, dans l'application, les lavements phéniqués sont d'un usage plus facile sinon aussi effectif.

Outre ces études qui ont trait surtout à la thérapeutique clinique, M. Desplats a publié encore soit dans nos journaux de Paris, soit dans les journaux de Lille, soit enfin dans des revues étrangèrees, des études intéressantes sur la péritonite rhumatismale, sur l'intoxication saturnine et sur l'état sanitaire des fabriques de céruse, sur l'atrophie musculaire de la périarthrite scapulo-humérale, sur les localisations cérébrales, sur les pseudo-exanthèmes aigus du rhumatisme, sur la métalloscopie et la métallothérapie, sur les affections nerveuses de la face, sur la contagion de la grippe et la contagion de la rougeole. Sa thèse inaugurale sur l'endocardite ulcéreuse, et la thèse qu'il présenta à l'agrégation sur les paralysies périphériques n'ont pas besoin d'être rappelées à votre souvenir.

En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer de placer honorablement dans vos archives le travail de M. le docteur Desplats et d'agréer sa candidature au titre de membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

M. Dujardin-Beaumetz : J'ai mis en pratique cette méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les lavements phéniqués; cette médication n'est pas, à mon avis, exempte de dangers. Il peut survenir deux ordres d'accidents : d'abord, ce qui est bien connu, un abaissement quelquefois considérable de la température, surtout si les lavements ne sont pas rendus; en second lieu, une tendance à la congestion pulmonaire. Sur ce dernier point, cependant, je me demande s'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence.

M. Damaschino : J'ai employé les lavements phéniqués dans un grand nombre de cas de fièvre typhoïde, et j'ai remarqué, comme M. Dujardin-Beaumetz, que leur action physiologique était très puissante, même à la dose de 0,50 centigrammes matin et soir, s'ils étaient

conservés, tandis qu'elle était peu prononcée, s'ils étaient rendus. Quant à la congestion pulmonaire, je me demande s'il faut l'attribuer à l'emploi de l'acide phénique, et s'il ne faut pas plutôt la mettre sur le compte du génie épidémique. J'ai été frappé de la gravité tout à fait exceptionnelle des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, depuis dix-huit mois environ : ce n'est plus seulement de la bronchite avec de la congestion pulmonaire que l'on observe maintenant; il n'est pas rare de voir survenir des bronchio-pneumonies et même de l'apoplexie pulmonaire.

M. Rathery cite un fait dans lequel l'administration de 0,50 centigrammes d'acide phénique par le rectum (le lavement ayant été gardé) a déterminé l'abaissement de la température à 35 degrés et demi. il a cru remarquer, que la convalescence des malades soignés par les lavements phéniqués était longue et traînante. M. Rathery confirme ce qu'a dit M. Damaschino relativement à la fréquence et à l'intensité des complications pulmonaires en 1881-82.

M. Gérin-Rozé : J'ai soigné un grand nombre de malades par les lavements phéniqués ; je fais mettre 2 grammes d'acide phénique dans 500 grammes d'eau et je prescris deux lavements par jour. Je fais en sorte que ces lavements soient rendus et je n'ai jamais vu survenir d'accidents sérieux.

M. Siredey : Je suis un des premiers à avoir préconisé les lavements phéniqués dans le traitement de la fièvre typhoïde; mais aujourd'hui, en raison des accidents graves dont j'ai été témoin, j'y ai renoncé, ou du moins ce n'est plus comme anti-thermiques que je les emploie, mais comme désinfectants ; aussi j'exige que le lavement soit rendu presque immédiatement; et si cela ne se produit point, je fais administrer un grand lavement simple qui entraîne le premier. D'ailleurs, je ne puis trop engager mes collègues à bien surveiller le dosage de l'acide phénique dans les lavements.

M. Dreyfus-Brissac : J'ai employé les lavements phéniqués dans tous les cas de fièvre typhoïde avec hyperthermie que j'ai eu à soigner dans le courant de l'année dernière, alors que je remplaçais M. Frémy à l'Hôtel-Dieu. Mes observations peuvent se partager en deux catégories qui correspondent à deux internes en pharmacie qui ont fait successivement le service. Je prescrivais des lavements de 500 grammes contenant de 0,50 centigrammes à 1 gramme d'acide phénique, un, deux ou trois par jour. Nous eûmes d'abord des accidents très graves, un abaissement de la température à 35°,2 dans un cas suivi de mort et six cas de mort par complications pulmonaires. Ignorant si ces manifestations pneumoniques étaient dues à la constitution médicale régnante ou à l'agent médicamenteux, je suspendis pendant un mois environ la médication phéniquée. Sur ces entrefaites, l'interne en pharmacie fut remplacé par un de ses collègues et, depuis lors, bien que la prescription soit la même, les lavements phéniqués ne déterminèrent plus d'accidents graves en particulier du côté des poumons. Pour bien juger de l'action antipyrétique de l'acide phénique, je faisais prendre la température toutes les demi-heures avant et après l'administration des lavements. Cette action est très passagère; elle dure deux, trois heures au plus, et souvent, après cet abaissement momentané, il se produit une élévation plus forte qu'auparavant, précédée d'un frisson. L'acide phénique a d'ailleurs l'inconvénient de déterminer souvent des sueurs abondantes qui fatiguent et débilitent le malade.

Quant à la maladie, elle ne m'a paru aucunement modifiée, dans sa marche ou dans sa durée, par la médication phéniquée.

En résumé, sans me prononcer sur la relation des accidents pulmonaires avec l'administration de ce médicament, je conclus qu'il ne présente aucun avantage sérieux sur les autres antipyrétiques, que son action est fort incertaine, et qu'enfin son emploi n'est pas exempt de dangers; aussi faut-il surveiller attentivement les malades auxquels on l'administre, pour pouvoir parer aux accidents de collapsus lorsqu'il s'en présente.

M. Du Castel : J'ai employé comparativement les lavements froids et les lavements phéniqués; on obtient avec les premiers un abaissement de température aussi considérable qu'avec les seconds, c'est-à-dire un à deux degrés; cet abaissement ne dure que deux ou trois heures dans ces deux méthodes de traitement.

M. E. Labbé : J'emploie l'acide phénique à la dose de 0,50 cent. à 1 gram. en lavement, dans la fièvre typhoïde avec hyperthermie; deux lavements par jour suffisent pour produire un abaissement de température; je n'emploie d'habitude cette médication que pendant trois ou quatre jours. Je n'ai jamais observé d'accidents, sauf un cas d'empoisonnement accidentel (qui d'ailleurs s'est terminé heureusement), avec 3 gr. 50 d'acide phénique en lavement.

M. Féréol : Je ne crois pas que l'acide phénique ait une action quelconque sur la marche de la fièvre typhoïde; il abaisse la température d'une façon passagère, mais il a de graves

inconvénients; il peut déterminer des sueurs excessives, une grande dépression et des congestions viscérales qui se traduisent par un état cyanique quelquefois très prononcé. Voilà ce que j'ai observé; aussi ai-je renoncé à ce mode de traitement.

M. DREYFUS-BRISSAC : L'emploi de l'acide phénique présente encore un autre danger; l'action de ce médicament semble souvent s'accumuler en quelque sorte, si bien qu'au bout de trois ou quatre jours on obtient, sans augmenter la dose, un abaissement de température plus considérable qu'au début du traitement, et parfois même trop considérable. De plus, comme la température se relève d'autant plus qu'elle était tombée, on la voit atteindre trois ou quatre heures après l'administration du lavement un chiffre supéricur de beaucoup au chiffre initial. Des perturbations aussi brusques ne peuvent être que désavantageuses au point de vue du processus morbide.

M. A. ROBIN : Je ne crois pas que l'acide phénique s'accumule dans l'organisme; j'ai fait autrefois des recherches sur l'élimination du phénol; cette élimination s'opère habituellement en vingt-quatre heures et elle ne dure jamais plus de quarante-huit heures.

M. FÉRÉOL : J'ai fait la même remarque que M. Dreyfus-Brissac; j'ai vu des malades qui, après quelques jours de traitement par les lavements phéniqués, tombaient brusquement dans le collapsus. Etait-ce dû à l'accumulation du médicament? Je n'en sais rien.

M. FERRAND : Il est certain que l'acide phénique est un puissant moyen d'action, et qu'il est même dangereux, mais il faut savoir le manier. Il est évident, comme on vient de le dire, que l'action antithermique ne peut se produire que si l'acide phénique est absorbé; il faut donc, une fois le gros intestin nettoyé par un lavement simple, faire en sorte que les lavements phéniqués soient conservés. Eh bien, quand la température dépasse 40° dans la fièvre typhoïde, le danger est grand; pour ma part, je commence par donner des lavements froids qui suffisent quelquefois à combattre l'hyperthermie, mais, si la température reste élevée, j'emploie les lavements à l'acide phénique; je commence non point par un gramme, ni par 0,50 centig., mais par 0,25 centig. pour un lavement, et j'en fais donner deux, trois ou quatre dans le courant de la journée. Je trouve un grand avantage à donner ce médicament à doses répétées, car son action est très courte et je crois qu'il s'élimine rapidement. Il y a d'ailleurs, dans l'hyperthermie, une tolérance exceptionnelle pour certains médicaments, pour l'alcool par exemple; il peut en être de même pour l'acide phénique.

Je ne voudrais pas, du reste, que le collapsus avec état asphyxique fut considéré comme étant toujours produit par l'acide phénique. Ne savons-nous pas que ces accidents peuvent survenir dans la fièvre typhoïde en dehors de toute médication active, et n'est-ce pas précisément dans les cas graves que l'on a recours à l'acide phénique? Quant aux complications pulmonaires, je pense qu'elles tiennent beaucoup plus à la constitution médicale qu'au traitement par l'acide phénique. Dans mes expériences avec le phénol que j'ai faites en 1876, je n'ai pas constaté de lésions pulmonaires bien accentuées, telles que la congestion ou la pneumonie. Aussi me garderai-je bien d'accuser l'acide phénique de déterminer des complications pulmonaires, et même je n'ai pas craint de l'employer dans trois cas de granulie; sous l'influence de l'acide phénique, la fièvre est tombée, et la granulie prit la forme de phthisie chronique. Je ne voudrais pss attribuer ce résultat en entier à l'acide phénique; mais il est certain que ce médicament fut loin de déterminer de la congestion pulmonaire.

M. GÉRIN-ROZE : Je suis surpris que M. Ferrand traite les phthisiques par l'acide phénique, agent qui produit des transpirations abondantes et qui déprime les malades.

M. FERRAND : Dans les trois cas dont je viens de parler, les sueurs diminuèrent peu à peu.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : Tenons-nous-en à l'emploi de l'acide phénique dans la fièvre typhoïde; nous paraissons unanimes à déclarer que c'est un médicament dangereux, surtout à doses élevées, et qu'il ne paraît avoir aucune influence sur la maladie elle-même.

Les conclusions du rapport de M. Ferrand sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, TROISIER.

JOURNAL DES JOURNAUX

Tumeur du pont de Varôle, par le docteur Miles, professeur de clinique à l'Université de clinique du Maryland. — La malade, jeune fille bien développée de 17 ans, entre à l'hôpital

de l'Université du Maryland, dans un tel état de torpeur intellectuelle, qu'il était impossible d'obtenir d'elle des renseignements sur l'histoire de sa maladie.

On apprend que le début des accidents remonte à une semaine, consécutivement à une chute. Actuellement, elle présente de la paralysie croisée du côté gauche de la face, ainsi que du bras et de la jambe gauches. La paralysie faciale et celle du bras droit sont complètes, tandis que celle de la jambe droite est incomplète. Il n'existe pas d'incoordination des mouvements dans les autres membres. Mais l'anesthésie est complète sur la moitié gauche de la face et sur la conjonctive de l'œil gauche; il existe de l'anosmie de la narine gauche, de la diminution de la sensibilité du bras et de la jambe du côté droit, de la surdité partielle de l'oreille gauche et des altérations inflammatoires de la conjonctive et de la cornée de l'œil gauche. La température générale varie dans de faibles limites au-desssus ou au-dessous de la température normale. Les facultés intellectuelles sont émoussées. Enfin, il existe des évacuations alvines involontaires, qu'on doit attribuer plutôt à l'état de torpeur générale de la malade qu'à une paralysie des sphincters.

La malade succomba rapidement dans le coma et sans convulsions.

A l'autopsie, les méninges, les hémisphères cérébraux et le cervelet paraissent sains; mais le pont de Varole est déformé et hypertrophié. Les pédoncules et surtout le gauche, le plancher du quatrième ventricule sont déviés. Après le durcissement dans l'alcool, on put constater à la coupe l'existence d'une tumeur de la moitié gauche du pont de Varole. Les nerfs moteurs (pyramides) et les nerfs sensitifs qui accompagnent les pédoncules, et vont d'un hémisphère à l'autre étaient donc interrompus avant la décussation dans la moelle. C'est ainsi qu'on peut expliquer la paralysie et l'anesthésie. Toutefois, la paralysie faciale devait avoir pour cause une lésion du noyau d'origine des nerfs moteurs de la face et par conséquent une lésion distincte de la tumeur du Pont. Il faudrait aussi pour la rattacher à la même cause admettre que la paralysie du moteur oculaire était due à l'extension de la tumeur au delà du pont. Quant aux lésions conjonctivales et cornéennes, comment les expliquer, en l'absence d'altérations apparentes du ganglion de Gasser et du nerf trijumeau ? La tumeur du pont de Varole ne peut en être la cause directe, même en attribuant, avec le docteur Miles, ces lésions à une compression par la tumeur des nerfs trijumeau et moteur oculaire commun. (*Archives of médecine*, New-York, octobre 1881, p. 196.)

Ces dernières altérations seraient en faveur de la théorie et des expériences de M. Brown-Séquard sur les phénomènes inhibitoires d'origine centrale. — C. E.

VARIÉTÉS

L'ASSISTANCE HOSPITALIÈRE A NEW-YORK.

Les établissements hospitaliers de New-York sont au nombre de trente-neuf; quatorze sont des hôpitaux administrés par la ville, parmi lesquels les plus considérables par le nombre des lits, sont : l'hôpital de Bellevue (680 lits), celui de la Charité (970 lits), l'hôpital homœopathique (680 lits), Rand hall' Island hospital (742 lits), Emigrants hospital (1,200 lits). Le plus petit, Emergency hospital, ne possède que 4 lits.

Les hôpitaux particuliers sont au nombre de vingt-cinq et contiennent de 200 (St-Francis hospital) à 20 lits (New-York eye and ear infirmary). De ce nombre est l'hôpital français, qui possède 22 lits.

L'Assistance publique dispose donc de 7,410 lits, dont 5,108 appartiennent à la ville.

Les établissements d'aliénés sont au nombre de trois : Lunatic Asylum (1,389 lits), Insane Asylum (1,260 lits) et Branch Asylum (362). Soit un total de 3,021 lits. On sait que la population de New-York est de 1,270,000 habitants. (*The Medical Record*, 29 juillet 1882.)

C. E.

FORMULAIRE

GARGARISME ANTISCORBUTIQUE.

Alcoolat de cochlearia composé	15 grammes.
Mellite simple	30 —
Infusion amère.	200 —

Mêlez. — Combattre la cachexie scorbutique par tous les moyens que l'hygiène enseigne.

N. G.

Pommade contre l'otite furonculeuse. — Gruber.

Chlorhydrate de morphine.	0 gr 20 centigr.
Cérat simple.	20 grammes.

Mêlez. — On frictionne le pavillon de l'oreille avec gros comme un pois de cette pommade, dans le cas d'otite externe, furonculeuse. En outre, on remplit toutes les heures, le conduit auditif avec une décoction tiède et concentrée de pavot. — N. G.

COURRIER

Secrétaire et agent comptable des Facultés. — Par décret en date du 25 juillet 1882, les fonctions de secrétaire et agent comptable des Facultés et établissements d'enseignement supérieur à Paris, actuellement réunies entre les mêmes mains sont séparées.

Dans chaque Faculté ou établissement d'enseignement supérieur, un secrétaire est chargé de la partie administrative, notamment de l'assiette des droits à percevoir et de toutes autres attribution qui lui seront conférées par le ministre de l'instruction publique, dont il relève exclusivement.

Le service financier des Facultés et établissements d'enseignements supérieur est confié à un agent comptable placé sous les ordres du ministre des finances et nommé par lui.

Cet agent comptable, qui prendra le nom de receveur des droits universitaires, a dans ses attributions le service des écritures, le recouvrement et le remboursement des consignations versées par les étudiants et la constatation des droits acquis au Trésor.

Le receveur des droits universitaires est placé sous la surveillance et la responsabilité du receveur central du département de la Seine.

Il est assujetti à un cautionnement en numérique, déposé au Trésor public, et dont le montant est fixé conformément au décret du 31 octobre 1849.

Les mesures d'exécution du présent décret seront déterminées par des règlements et arrêts ministériels, après entente préalable entre les ministres des finances et de l'instruction publique. Sont et demeurent abrogées les dispositions des décrets et règlements antérieurs qui sont contraires au présent décret.

Vibrations du sol produites par les trains. — M. Paul a communiqué à la *Société sismologique* du Japon quelques notes sur les vibrations imprimées au sol par le passage des trains de chemin de fer. M. Paul avait disposé une cuve à mercure placée sur un socle solidement encastré en terre. Il observait au télescope, comme dans les observations méridiennes, l'image des objets réfléchis à la surface du métal.

Il a pu constater ainsi qu'un train express passant à une distance d'un tiers de mille faisait vibrer le mercure pendant deux ou trois minutes. Une voiture ordinaire, passant sur une route empierrée, à 100 mètres de l'appareil, imprimait une trépidation au mercure, chaque fois que la roue rencontrait un caillou. Ces observations peuvent présenter un réel intérêt dans certains cas; il est connu que la dynamite, le coton-poudre, le fulminate, peuvent faire explosion sous l'influence de trépidations. Ne pas placer les entrepôts de ces substances dangereuses à trop grande proximité des chemins de fer ou même des routes très fréquentées.

Parasite de la mouche. — Le docteur Tailon, à la suite de patientes recherches, a découvert que la plupart des mouches communes ont, sur la trompe, des vers parasites très petits. Ces animaux ont, en longueur, huit millièmes et, en largeur, un millième de pouce. Ils sont classés parmi les *Nematoidæ*, genre *Anguillula*. Leur nombre varie de sept à dix sur la trompe d'une même mouche. Avec un grossissement de 25 diamètres, on peut découvrir leur forme générale; mais on ne peut discerner les détails de leur structure qu'avec des grossissements beaucoup plus considérables. M. Tailor incline à penser que ces anguillules jouent un rôle dans le transport opéré par les mouches, de certaines maladies contagieuses, notamment de la trichinose.

Épidémies. — La nouvelle de l'apparition de la fièvre jaune à Gorée (Sénégal) est confirmée. On compte trois morts dans les journées du 24 au 26 juillet.

Nous apprenons que le typhus régnerait depuis plusieurs jours dans l'un des quartiers ordinairement les plus sains de la ville de Stuttgart. On compterait déjà actuellement une trentaine de décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cе, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ

M. VERNEUIL.

ABCÈS DU SEIN ET LACTOSURIE (1).

SOMMAIRE. — Coïncidence des abcès du sein et de la lactosurie chez les nourrices ; relation de quatre cas de ce genre. — Recherche des relations qui peuvent exister entre ces deux états morbides. — Bénignité de la coïncidence.

1° *Coïncidence pure et simple.* — Les nourrices étant d'une part fort exposées aux inflammations de la glande mammaire et de l'autre présentant très souvent (toujours, suivant quelques-uns) du sucre dans leurs urines, on peut fort bien admettre l'indépendance de ces deux états morbides On y est d'autant plus autorisé que toutes les nourrices glycosuriques n'ont pas des abcès du sein et que l'abcès du sein chez une nourrice ne s'accompagne pas nécessairement de glycosurie. Ceux qui, à tort, croient glycosuriques toutes les femmes qui allaitent, se refuseraient même à reconnaître qu'une complication relativement rare, comme l'est l'abcès mammaire puisse être la cause d'un phénomène constant.

2° *Glycosurie cause de l'abcès.* — Cette opinion est soutenable. La présence du sucre dans l'urine indique l'excès de cette substance dans le sang. L'hyperglycémie à son tour implique un état particulier de nos éléments anatomiques et de nos tissus, mal connu sans doute, mais qui porte incontestablement une atteinte sérieuse à leur nutrition et favorise en tout cas le développement de certains processus morbides : inflammation diffuse, pyogénie, sphacèle. Si on ajoute que la

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 19 août.

FEUILLETON

LES HISTRIONS DE LA MÉDECINE

De l'influence de la soupe à l'oignon et du lessivage des pieds sur la fièvre typhoïde. — Le frisson de famille ; variété pathologique non décrite. — Un nouveau Messie. — Un miracle par l'eau de savon. — L'art de transmuter les maladies.

O Molière ! il faut t'avouer vaincu. Sganarelle est surpassé, et Diafoirus a trouvé un successeur qui, du reste, n'a pas dégénéré de son illustre père ! Ses hauts faits sont dignes de la scène de la Comédie-Française, des planches du Palais-Royal, ou mieux encore, des tréteaux de Bilboquet.

Oyez plutôt, chers lecteurs !

L'histoire date de quelques années. Elle a eu pour théâtre l'un des quartiers aristocratiques d'une capitale célèbre, dont le nom sera celui que vous voudrez bien choisir. Un duc, comte ou marquis, peu importe, que nous désignerons sous le nom de M. de Mortenvie, tombe malade. Il est d'usage, on le sait, en semblable occurrence, d'appeler un médecin. Un médecin ne suffisant pas, on appelle deux médecins ; deux médecins ne suffisant pas encore, on appelle trois médecins ; une trinité représentant l'Académie, la Faculté et le Corps médical des hôpitaux.

Notre descendant des croisés, car sa noblesse daterait au moins de la prise de Jérusalem, messire de Mortenvie, décidé à disputer sa vie à la maladie, ne voulait donc pas qu'on pût dire après sa mort :

tendance phlegmasique trouve dans la mamelle de la nouvelle accouchée un terrain spécialement préparé par le développement considérable des vaisseaux sanguins et lymphatiques, par la congestion hypercrinique et par les petits traumas du mamelon, on ne sera pas surpris de la fréquence de l'inflammation et de la suppuration du sein chez les nourrices, et l'on verra dans les abcès qui en résultent les effets d'une association pathogénique : la dyscrasie glycosique d'une part, et de l'autre l'hyperémie mammaire.

Si l'on contestait le pouvoir pyogénique du diabète, je pourrais citer un fait tout récent qui semble s'être complaisamment soumis à mon observation pour appuyer mon opinion.

Glycosurie ancienne. Abcès spontané du sein. — Le 1er juillet 1882, je vois dans mon cabinet madame X..., 42 ans, petite taille, embonpoint considérable, faiblement réglée, affectée d'un abcès du sein gauche. Le mal a débuté sans cause appréciable quinze jours auparavant. Un noyau d'induration formé à la partie inférieure de la mamelle s'est accru peu à peu et a fini par s'ouvrir il y a trois jours. Le pus est rougeâtre, mélangé de sang. Les bords de l'orifice sont décollés, violacés, livides, comme s'il s'agissait d'un abcès scrofuleux ou d'une tumeur gommeuse ulcérée. Les douleurs sont médiocres et la palpation de la glande au oisinage même du foyer est très supportable. Madame X... n'a point interrompu ses occupations ; elle a seulement évité de se servir du bras gauche.

Frappé de l'indolence relative de cet abcès, de sa formation spontanée en l'absence de toute cause traumatique ou autre, et de l'obésité de la patiente, je demande que l'analyse des urines soit faite.

Madame X... me rappelle qu'elle est venue déjà me consulter deux années auparavant pour un gonflement de la jambe avec eczéma et ulcérations superficielles, que j'ai réclamé dès ce moment l'examen chimique des urines et qu'on y a constaté la présence du sucre en quantité très appréciable. Les lésions de la jambe ayànt cédé à un traitement approprié, la malade ne s'est pas autrement occupée de sa glycosurie et ne lui a opposé ni médication ni régime. Cette glycosurie persiste certainement aujourd'hui, car il y a soif vive et polyurie évidente (1).

Il n'est pas impossible que la glycosurie ait existé chez mes malades avant le développement de l'inflammation mammaire, à en juger par quelques renseignements tirés de l'interrogatoire. Dans l'Obs. I, on note une soif vive et de fréquents

(1) Une analyse faite ces jours derniers a révélé l'existence du sucre ; environ 25 grammes sont rendus dans les vingt-quatre heures.

Que bien loin d'en descendre, il en dégringolât.

Cependant, croyez-le bien, le péril n'était pas menaçant et il ne dégringolait pas. Il était atteint d'une vulgaire pneumonie, maladie roturière, dont la marche continue s'accompagnait tout au plus d'état fébrile catarrhal. Les médecins suivaient avec attention et traitaient par la médication classique cette affection dont l'heureuse issue n'était pas douteuse.

De Mortenvie avait bien éprouvé un premier frisson quelques jours auparavant, c'était le frisson initial, le frisson d'invasion. Mais, phénomène étrange, que le Père de la médecine n'aurait sans doute pas prévu, un deuxième frisson, frisson nouveau, frisson tardif, frisson terrible, à jamais mémorable dans les annales de la noble famille, survint le soir du septième jour de la maladie. Ce frisson imprévu fut suivi d'un léger délire.

C'est alors qu'un ami d'un grand, très grand, extraordinaire médecin, dont il est ici question, intervient, déclare qu'il faut appeler ce fameux personnage et sème habilement la crainte et la défiance dans cette famille pusillamine. L'effroi est général ! Le malade frissonne encore plus de peur que de fièvre ; la garde frissonne ; madame frissonne. L'histoire dit que le frisson fut des plus contagieux, que chacun des assistants avait la chair de poule et claquait des dents.

Le tremblement général durait encore le lendemain quand on vint voir le malade, et Toinette, les yeux pleins de larmes, empruntant, sans le savoir, l'éloquence de Bossuet, criait en sanglotant : Monsieur se meurt ! Monsieur est mort ! Cependant, il était vivant et bien vivant.

La famille fit alors appel au fameux personnage, au médicastre célèbre. Ce Purgon, que tout le monde connaît par les discrètes réclames des journaux du high-life, fit jaser dans e temps, à la suite de galantes aventures suivies, dit-on, de divers désagréments. Mais,

besoins d'uriner dans les deux derniers mois de la grossesse. Ces phénomènes, à la vérité, cessent avec l'accouchement, mais la soif reparaît avec le développement de l'abcès au 17e jour. La deuxième malade accuse une soif vive; elle boit par jour trois pots de tisane; elle n'a pas de polyurie.

La troisième patiente accouche le 12 avril; à partir de cette époque, elle est très altérée; à son dire, les urines laissent sur le linge des taches poisseuses. Deux fois seulement j'ai examiné la salive, et deux fois j'ai trouvé qu'elle rougissait nettement le papier de tournesol. Je donne ces détails pour ce qu'ils valent, en insistant sur la nécessité de constater directement la présence ou l'absence de la glycosurie avant l'invasion de la phlegmasie mammaire.

Abcès cause de glycosurie. — Bien que les nourrices puissent être glycosuriques sans avoir pour cela d'abcès mammaire, et bien que le développement d'un abcès du sein pendant le cours de l'allaitement ne s'accompagne pas nécessairement de la présence du sucre dans l'urine, la coïncidence entre les deux états morbides me paraît si fréquente que je ne puis m'empêcher de croire à l'influence étiologique d'un des facteurs sur l'autre. En effet, j'observe cinq femmes atteintes d'abcès post-puerpéraux; chez trois d'entre elles, le sucre est constaté facilement et pendant plusieurs jours; chez la quatrième l'examen est négatif, mais il est fait une seule fois et à une époque où peut-être la glycose avait disparu. C'est que la cessation du phénomène de la glycosurie est naturelle ou du moins fréquente, et qu'il faut en tenir compte. Voici, en effet, ce que j'ai pu constater tout récemment chez la cinquième patiente.

Eugénie P..., 21 ans, domestique, petite taille, assez bonne constitution, santé troublée seulement par des attaques d'hystérie, entre dans mon service le 6 juillet 1882; elle est accouchée à terme et naturellement de son premier enfant le 10 juin. Elle allaite pendant 3 jours, puis envoie son enfant en nourrice. Levée le neuvième jour, elle reprend son travail dès le lendemain, mais aussitôt sans contusion, sans gerçure, le sein droit s'enflamme; un abcès se forme à la partie externe du mamelon et s'ouvre seul le 5 juillet.

Le lendemain, à l'entrée à l'hôpital, le sein est encore turgescent, douloureux au toucher, en un mot assez vivement enflammé. L'ouverture laisse écouler du pus épais et bien lié. M. Redard, mon chef de clinique, voit la patiente à la visite du soir; il examine l'urine et y constate la présence d'une notable proportion de glycose; il prescrit les applications émollientes, le repos, l'immobilisation du sein.

Le lendemain matin, je vois la malade; elle est très soulagée; le sein est notablement dimi-

---

silence! notre Purgon est un repenti. Diafoirus est son nom : il a un peu vieilli, il est devenu plus sage et à l'imitation des médecins des maisons royales, il a pu mettre sur sa carte : Médecin habituel des rois d'Yvetot, et des chefs d'État en rupture..... d'emploi. Les Adonis qui, dans une certaine presse, se font une spécialité de signer les reportages des boudoirs, ne parlent plus de lui que pour célébrer ses mérites, glorifier ses succès, préconiser ses *médecines*; car Diafoirus IIme du nom a des *médecines*; et, si sa célébrité n'est déjà parvenue jusqu'à vous, vous allez apprendre quelles sont ces médecines.

De même que le sire de Mortenvie descend des croisés, Diafoirus II est le fils de Diafoirus Ier. Mais Diafoirus Ier était Diafoirus *minor*, tandis que les historiens en racontant les mérites de Diafoirus II, le proclameront certainement Diaforus *major* ou *maximus*. Est-ce à cause de sa taille ou de son talent? Nul ne saurait le dire. Diafoirus II a une physionomie qui rappelle vaguement la figure d'un devin ou d'un prophète. Grand, très grand même, dépassant la cinquantaine, il a la figure nue et le visage ascétique. Voyez ces longs cheveux d'un blond tirant sur le roux; voyez cet air inspiré; voyez cette majestueuse démarche et cette solennelle physionomie. Elles l'ont fait surnommer parmi ses admirateurs le Christ de la médecine, ou le sorcier d'Esculape, ou l'oracle de Delphes! Prophète pour les chrétiens, il est oracle pour les profanes. Eh bien, pour nous, historien fidèle, pour lui-même qui, chez lui, ne peut sans sourire se regarder dans la glace, il n'est pas un oracle, il n'est pas un sorcier; il est, titre impérissable de gloire, le Grand et petit-fils attardé de Molière.

Il s'approche du noble malade tremblant, frissonnant, terrifié. L'aspect imposant du grand homme augmente encore le tremblement général de la famille. D'un geste, mesuré et grave, il prend la main et tâte le pouls de son nouveau client; d'une parole plus solennelle encore, il lui prescrit de tirer la langue. Magistralement et suivant les règles de l'art, il passe

nué de volume, le pus s'est écoulé en quantité considérable, la rougeur, la sensibilité ont presque disparu. Les urines analysées aussitôt ne réduisent plus la liqueur cupro-potassique, et prennent seulement sous l'influence de ce réactif la coloration verte qu'on constate souvent dans les cas de glycosurie intermittente ou très légère. La guérison de l'abcès mammaire s'achève les jours suivants et toutes les recherches du sucre dans l'urine restent infructueuses.

Ce fait, qui eût été rangé dans la série négative si M. Redard n'avait pas eu l'heureuse idée d'analyser les urines le jour même de l'entrée de la malade, devient très probant et d'autant plus précieux qu'il permet de prendre la nature sur le fait et de faire voir jusqu'à quel point la glycosurie dépend du degré de l'inflammation mammaire.

Au reste, les observations précédentes avaient déjà démontré la même chose, puisqu'on y notait la diminution et la disparition du sucre urinaire en rapport avec la diminution et la disparition de la phlegmasie de la mamelle. D'où cette conclusion légitime que si la cessation de l'inflammation entraîne la cessation de la glycosurie, l'apparition de l'inflammation susdite provoque l'apparition du sucre dans l'urine.

Il reste à expliquer comment le premier fait peut engendrer le second, ou en d'autres termes à exposer la pathogénie de la glycosurie liée aux abcès mammaires. La tâche est rendue facile par les intéressants travaux de M. de Sinéty (1).

Cet auteur a démontré que l'on peut à volonté produire la glycosurie chez les nourrices en supprimant brusquement l'allaitement et en entravant d'une manière quelconque l'excrétion du lait.

Or, en cas d'inflammation du sein, l'allaitement d'abord est généralement suspendu, sinon supprimé; ensuite le lait n'étant plus excrété s'accumule dans ses conduits, d'où rétention laiteuse, puis résorption suivie d'hyperglycémie et de glycosurie. Le sucre se comporte ici comme la matière colorante de la bile en cas de rétention biliaire. L'abcès mammaire n'amène la glycosurie que médiatement, en créant d'abord la rétention lactée.

La rétention du sucre en cas d'abcès mammaire serait d'autant plus explicable que les lymphatiques qui, d'après M. de Sinéty, jouent un rôle prédominant dans

(1) *Bulletins de la Société de biologie :* 1873, p. 387; — 1874, p. 120; — 1876, p. 191 et 219; — 1877, p. 343; — 1878, p. 259; — 1879, p. 301.

---

en revue les yeux, le nez, la bouche, les oreilles, la poitrine. Chose que ses ignares prédécesseurs n'avaient pas faite, il se penche, regarde et étudie l'ombilic qu'il contemple, examine attentivement la cuisse et le pied, l'orteil qu'il palpe minutieusement; l'orteil surtout, le petit orteil! Habitude de pédicure sans doute.

Ce n'est pas tout encore; il lui faut voir avec la loupe les crachats, les urines et les déjections. Puis, au milieu des regards d'admiration pour un si notable personnge, relevant ses longs cheveux, il se recueille et il médite. Enfin, avec ce maintien, qui devait être celui d'Hippocrate, avec une dignité non moins grave, par un de ces mouvements de tête dont le divin Jupiter faisait trembler l'Olympe, Diafoirus le Grand, haussant dédaigneusement l'épaule, prononce son jugement souverain : « Monseigneur de Mortenvie, vos hypochondres me disent que « vous avez une fièvre typhoïde : fièvre typhoïde dothiénentérique, entendez-vous bien ? » Se tournant alors vers la famille béatement étonnée, il s'écrie d'une voix tonnante : « *Vos médecins sont des ânes! Si dans quarante-huit heures le malade n'est pas mort, je le sauve; il faut agir énergiquement, et je vais lui ordonner une médecine de cheval.* »

Un des assistants, dit-on, ne put s'empêcher de sourire et de s'exclamer à la cantonade : « Eh quoi! Diafoirus le Grand serait-il donc vétérinaire ? Une médecine de cheval pour Monseigneur! Eh! parbleu, je le crois bien; s'il ne succombe pas, il sera sauvé. M. de la Palisse n'est donc pas encore mort. »

Diafoirus le Grand, votre gloire vous enivre, et vous auriez été plus prudent si vous aviez réfléchi à ces vers du *Barbier de Séville* :

Votre savoir, mon camarade,
Est d'un succès trop général,
Car s'il n'emporte pas le mal,
Il emporte au moins le malade!

la résorption du lait retenu, sont très généralement affectés dans les inflammations aiguës post-puerpérales de la mamelle.

Il manque à mes observations la consécration de l'analyse chimique, démontrant que la matière dosée comme *glycose* n'était en réalité que la *lactose*. Je n'ai point fait cette recherche, mais on peut prévoir quels en seraient les résultats. En effet, M. de Sinéty a bien voulu m'apprendre que M. Hofmeister aurait reconnu l'identité du sucre contenu dans l'urine des nourrices avec le sucre de lait, et que M. Paul Bert a signalé dans la mamelle la présence d'une matière glycogène spéciale différant de celle du foie et jouant un rôle dans la production de la lactose.

Il serait également intéressant de savoir ce qui adviendrait chez les femmes atteintes d'inflammation unilatérale, et qui continueraient à allaiter avec la glande saine.

Je répète bien souvent que les faits ne font jamais bien longtemps défaut aux théories exactes. En voici la preuve.

Pour démontrer que le travail de lactation préalable est nécessaire à l'apparition accidentelle du sucre dans l'urine, il fallait rencontrer un abcès mammaire survenant hors de la montée laiteuse et ne provoquant pas la glycosurie. Or, ce cas vient d'être ces jours-ci observé dans mon service.

Contusion du sein gauche chez une femme enceinte de sept mois. Abcès ouvert spontanément : Point de montée laiteuse; point de glycosurie.

J... (Jeanne), 23 ans, couturière, grande taille, assez bonne constitution, considérablement anémiée; première grossesse marchant normalement et sans incident jusqu'au septième mois et quelques jours. A cette époque, dans les derniers jours de juin, J... reçut à la partie supérieure et interne du sein gauche un coup de pierre. La mamelle se gonfla considérablement et rapidement, puis devint le siège d'une inflammation intense. On fit des applications émollientes et au bout d'une quinzaine de jours un abcès volumineux s'ouvrit spontanément. La malade se décida alors à entrer à l'hôpital où elle fut reçue le 15 juillet.

Les seins sont assez volumineux. Celui du côté gauche présente une ouverture qui donne issue à une certaine quantité de pus bien lié, on constate une induration assez considérable, une rougeur étendue à plusieurs centimètres autour de l'orifice de l'abcès et une sensibilité au toucher encore très manifeste. La mamelle saine est indolente, assez ferme au toucher, mais ne sécrète point de lait.

L'état général est satisfaisant; il n'y a ni fièvre, ni malaise, ni polydipsie, ni polyurie.

Mais, chers lecteurs, qui voulez bien me donner votre attention, vous ne vous doutez guère comment se termina cette histoire. Voici quelles furent les prescriptions du digne fils de Diafoirus :

1° De deux en deux heures, savonner scrupuleusement et vigoureusement les pieds du malade, avec un savon spécial, le *savon anti-typhoïdique*. — Que diable, direz-vous, savonner les pieds du malade de deux en deux heures ! Ils étaient donc bien malpropres. Mais pas du tout ! croyez-le bien; loin de là. D'ailleurs, si de Mortenvie a servi dans la cavalerie, il y a longtemps de cela; ses pieds ne sont pas des pieds de gendarmes, soyez-en certains, ce sont des pieds de cuirassiers ! !

2° Pratiquer sur la colonne vertébrale des frictions avec le *Vinaigre des Quatre-Voleurs*.

3° Donner alternativement au malade de la *soupe à l'oignon* et de la soupe au choux ! et lui faire boire une infusion de *taraxacum dens leonis*, autrement dit : Pissenlit dent-de-lion !

Diafoirus, triomphant, signe le factum d'un large paraphe digne d'un ministre ou d'un ambassadeur. Il s'éloigne à pas comptés et regagne sa voiture qui lui sert de réfectoire ; car ses nombreux malades, dit-il, ne lui laissent pas les loisirs de déjeûner chez lui. Singulière salle à manger !

La famille est dans le ravissement ! Monsieur ne tremble plus ! Madame ne tremble plus ! La garde ne tremble plus ! Ils s'écrient avec enthousiasme : « Quel homme ! Mon Dieu, quel grand « homme ! Quel trait de génie ! Il a ordonné de la soupe à l'oignon ! De la soupe aux choux : « Sotte Faculté qui ne l'avait pas prescrite ! »

Saintes vertus de la soupe à l'oignon et de la soupe aux choux ! Vous ne les connaissiez, mes chers confrères, que par leur odorant fumet. Vous ignoriez les merveilleuses propriétés que Diafoirus leur a découvertes et les miracles qu'elles produisent entre ses mains habiles

L'enfant est bien vivant. Nous faisons à deux reprises différentes l'analyse des urines qui reste complètement négative.

Je dois dire encore quelques mots du pronostic et du traitement. D'après les faits relatés dans cette note, les abcès et la glycosurie sont fort bénins. Les premiers, ouverts déjà spontanément lors de l'entrée des malades dans mes salles, ont guéri vite et bien, sans intervention chirurgicale; la seconde, conformément à la théorie, a disparu non moins rapidement, sans médication spéciale, et par le seul fait de la cessation de l'inflammation et de la rétention laiteuse.

Toutes mes malades ayant, au moment de leur admission, cessé de nourrir, et ne voulant pas recommencer, j'ai dirigé le traitement de façon à calmer l'inflammation et à supprimer la sécrétion glandulaire. J'aurais agi autrement s'il y avait eu nécescité ou utilité même de continuer l'allaitement. Je me serais contenté sans doute de combattre l'inflammation de la mamelle et je n'aurais administré ni les purgatifs répétés, ni l'iodure de potassium à doses quotidiennes.

Au reste, les cas précédents ont été si légers, qu'ils ne pourraient faire prévoir ce qui arriverait et ce qu'il conviendrait de faire dans des conjonctures plus sérieuses, lorsque par exemple il y a abcès multiples, phlegmon diffus ou gangréneux de la mamelle. Tout ce que je puis dire, c'est que la glycosurie concomitante pourrait bien en pareille occurrence jouer un rôle dans le développement, la marche et la terminaison de ces cas graves et que son existence et son intensité devraient être l'objet d'une attention particulière.

Les abcès du sein sont si communs que si les chirurgiens et les accoucheurs veulent bien reprendre leur histoire au point de vue spécial que nous soulevons ici, on ne tardera pas à être éclairé d'une façon complète.

REVUE GÉNÉRALE

LE COUP DE CHALEUR.

Suite et fin. — (Voir l'Union Médicale des 17 et 19 août.)

Le docteur Meyer, d'Allerhausen (1), apporte dans la question du coup de chaleur l'appoint

(1) *Bayern ärtzl. Intell. Blatt*, 1881, 27-28 ; et *Schmidt's Jahrbücher*, n° 7, 1881.

Vous ignoriez la valeur séméiologique des cors aux pieds, l'importance clinique de l'inspection du nombril et de la palpation du petit orteil! Vous ne savez pas par l'emploi de la soupe à l'oignon combiné avec le lessivage des pieds, guérir les fièvres typhoïdes, et faire ainsi des miracles à l'eau de savon!

Diafoirus est plus savant que nous tous! Voyez plutôt ce touchant tableau! Après vingt-quatre heures de ce traitement, retirant d'un geste magistral le thermomètre du creux de la noble aisselle dans lequel il l'avait placé, Diafoirus se proclame vainqueur. Il annonce la défervescence de la maladie (or, admirez les secrets desseins de la divine Providence qui fait intervenir le plus illustre des Diafoirus, juste à la veille de la défervescence d'une pneumonie!). Le grand homme déclare de Mortenvie hors de danger, et la famille reconnaissante pousse des vivats, au nom de Diafoirus le Grand, sauveur des désespérés, oracle d'Apollon, émule d'Hippocrate et confident d'Esculape!

Il avait savonné les pieds, il avait roulé la Faculté, roulé l'Académie, roulé le Corps médical des hôpitaux! Il avait roulé surtout le malade. Cependant, Diafoirus n'avait pas mis en œuvre tous ses moyens d'action. Comment donc avait-il oublié, dans cette circonstance solennelle, de prescrire la médication qui lui est si familière : la chambre bleue, la chambre verte, la chambre rouge ou la chambre jaune? Comment n'a-t-il pas fait substituer des vitraux et des rideaux de couleur aux vitres et aux rideaux blancs!

Ses honoraires sont élevés, dit-on; on ne raconte pas ce que cette maladie coûta au sire de Mortenvie! Mais, chers lecteurs, le talent n'a pas de prix! Jésus-Christ changeait l'eau en vin. Diafoirus le Grand, Messie du XIXe siècle, change les fluxions de poitrine en fièvre typhoïde. Après la transmutation des métaux, la transmutation des maladies! Cagliostro est surpasssé! Incontestable miracle... à l'eau de savon! S'il est un Dieu pour les ivrognes, il est donc aussi un bon Dieu pour les charlatans! D[r] Gaudissart.

d'une expérience considérable, puisée dans deux épidémies véritables, et de nombreuses observations méthodiquement recueillies et judicieusement interprétées.

En pathogénie, il est de l'école d'Obernier : paralysie du cœur par suite de l'élévation de la température centrale; possibilité, dans certaines circonstances, d'altération du sang, d'urémie.

En étiologie, ses idées diffèrent peu de celles de Jacubrasch; comme lui, il distingue : le coup de soleil proprement dit; le coup de chaleur des pays tempérés (Hitzschlag), par excès du calorique des milieux, sévissant sur des sujets se livrant à la marche, activité musculaire, surmenage, souvent épidémique; le coup de chaleur des pays tropicaux (Wärmschlag), procédant par cas isolés, en dehors de toute prédisposition du sujet.

Mais l'auteur ne prétend pas faire cadrer des formes cliniques distinctes en regard de ces catégories étiologiques, et il embrasse dans une description unique tous les faits dont il a été témoin dans les deux hivers de 1873 et 1880.

Pendant l'année 1873, 108 personnes, en soixante et onze jours, et de trente et une localités différentes, sont venues sous son observation : il n'eut qu'un décès par méningite et pneumonie double. Ces malades appartenaient, pour la plupart, à des travailleurs des champs, et les symptômes qu'ils ont présentés offrent, en effet, plus d'un point de ressemblance avec ceux qui ont été rapportés par Martin Duclaux, dans sa description de l'épidémie de Villefranche. (Congestion *rachidienne* ou *Maladie des moissonneurs*, Acad. des sciences, 1866.)

Des éléments complexes en réalité interviennent dans l'étiologie du coup de chaleur, chez les moissonneurs : émanations des blés couchés, humides; méphitisme de l'air respiré, la nuit, dans des chambres basses, obscures, encombrées, au voisinage ou dans l'intérieur des écuries mêmes; excès des jours de fête, etc.

Trois stades bien tranchés dans la maladie : prodromal, d'excitation et de dépression. En 1873, les prodromes étaient de peu de durée, les malades, saisis pendant leur travail, se plaignaient tout à coup de céphalée, douleurs de reins, cardialgie, et tombaient inanimés, où ils étaient pris de délire, éprouvaient des hallucinations. En 1880 on constatait, en général, un, deux jours ou même davantage de malaise, malgré lequel le malade vaquait encore à son travail, jusqu'au moment où il était cloué au lit par des accès de fièvre plus ou moins violents.

En 1873, la période d'irritation était bien marquée : pouls petit, dur, peau aride, photophobie, délire, rachialgie, contractions fibrillaires des muscles, exagération des réflexes, tandis qu'en 1880, ce stade était très court et aboutissait rapidement à la période de dépression.

Le type de la fièvre, atteignant immédiatement l'acmé (de 40° à 41°, T. rectale), était parfois continu, le plus souvent rémittent; sa durée moyenne, quatre à cinq jours) avec retour à la normale et même au-dessous (36°4 — 37°) au sixième jour.

Des formes abortives se jugeaient beaucoup plus rapidement. La parésie cardiaque était manifeste dès le début; augmentation de la matité précordiale; faiblesse du choc; pouls misérable, vite, inégal, vide, mou, fuyant. La détresse respiratoire n'était pas moins manifeste.

Dans 90 p. 100 des cas fébriles (en particulier pendant l'épidémie de 1880), on a observé comme phénomène thoracique, à la base gauche, en arrière, plus rarement à droite, une matité limitée, accompagnée de quelques rares rhonchus, paraissant symptomatique d'un œdème, ou encore d'une congestion, d'un infarctus (crachats sanglants dans deux cas.). Ces signes, apparaissant du deuxième au troisième jour, ne duraient guère plus que de deux à trois jours, et, dans un cas, disparurent en vingt-quatre heures. L'auteur rapproche ces épiphénomènes des symptômes pulmonaires qu'on observe dans certaines affections traumatiques du cerveau. La constipation était la règle, comme l'anorexie, la langue chargée, humide, l'abdomen rétracté ou ballonné.

En 1880, la rate était augmentée de volume, tandis qu'en 1873 ce phénomène était inappréciable. Le foie, de dimension normale, sensible à la pression.

On a observé des convulsions épileptiformes dans un seul cas où l'insolation parut être plus particulièrement en cause, du délire avec hallucination de la vue, analogue au délire des alcooliques.

Les pupilles, réagissant mal aux excitations, étaient atrésiées en 1873. On observa du ptosis, du strabisme, des accidents de méningite.

L'urine était rare, jamais sanglante, quelquefois albumineuse. Du troisième au huitième jour, il était commun d'observer une éruption de roséole sur le thorax; on a observé aussi de l'érythème, des plaques ecchymotiques des membres.

Les suites n'ont présenté de particulier à noter qu'une faiblesse plus ou moins lente à se dissiper, des palpitations et de la tendance à l'asystolie dans un cas, une récidive dans un autre.

Le traitement s'inspirait de ces deux indications : soustraction de la chaleur en excès, relèvement de l'énergie cardiaque.

Lotions, aspersions froides, lavements froids. Injection sous-cutanée de sulfate de quinine. Administration des alcooliques, vin, cognac. Injections sous-cutanées camphrées. Ergotine en vue de relever la tension artérielle. Benzoate de soude. Traitement approprié des symptômes secondaires. La saignée peut être de quelque utilité pour venir en aide au surmenage du cœur.

Comme prophylaxie, Meyer recommande l'emploi fréquent des ablutions fraîches, l'aération des locaux; l'aisance et la légèreté des vêtements, la multiplication des pauses à l'ombre; l'emploi du lait sous toutes ses formes, du café, de la bière comme boisson.

On peut sans doute reprocher au docteur Meyer d'avoir élargi outre mesure le cadre des accidents imputables à la chaleur, et compris dans sa description des affections qui n'en relèvent que très indirectement; son mémoire n'en reste pas moins une œuvre consciencieuse où différents côtés de la symptomatologie complexe du coup de chaleur méritent d'être signalés à l'attention des cliniciens.

Cullimore (1) s'appesantit sur les cas de coup de chaleur aux Indes qui contre-indiquent la réfrigération par l'eau; il s'agit surtout de sujets inacclimatés, surmenés, souffrant de malaria, de congestion du foie et de dysenterie. Les phénomènes nerveux, cérébraux, psychiques même, dominent dans leurs cas, qui, tout en présentant une hyperthermie notable, réclament l'emploi du bain chaud aidé de l'aconit, de la belladone et de bromure de potassium. Ces moyens ramènent rapidement la transpiration et la santé.

C'est conduit par des vues étiologiques toutes de construction, mais qui paraissent s'inspirer des recherches de Siedamgrotzky sur les lésions du sympathique dans le coup de chaleur (2), que Halsey Wood en arrive également à repousser l'emploi des moyens hydrothérapiques dans toutes les formes du Sunstroke; le bromure d'ammonium serait le spécifique infaillible.

M. Clausland (*Brit. med. Journ.*, 23 juillet 1881) publie 4 observations de coup de soleil avec phénomènes cérébraux graves, convulsions épileptiformes, hémiplégie, hémiparésie. C'est bien l'insolation ici qui serait seule en cause.

Dans un cas d'autopsie d'insolé, Bridgmann (3) a trouvé, en même temps que de la congestion de tous les organes, des gaz dans les cavités du cœur. La putréfaction ne pouvait être invoquée, bien que les hautes températures *ante mortem* l'accélèrent. Le malade avait érésenté 42°8. Il y a là un de ces faits rares, encore mal expliqués, de production spontanée de gaz dans le sang, qu'on a observée comme cause de mort subite dans la fièvre typhoïde (Olliver, d'Angers; Zenker), et à laquelle l'hyperthermie ne paraît pas étrangère.

Je ne ferai que signaler un cas d'insolation revêtant la forme de méningo-myélite, relaté par Messener (*Gaillard's med. J. N.* 1880) ; la note de Young sur la congestion pulmonaire d'origine thermique (*Brit. méd. Journ.* 1881) ; les tentatives d'introduction de l'apomorphine dans la thérapeutique du coup de chaleur des Indes par Tornilison et Murphy (*Ind. med. Gaz.* 1879), ainsi que de la douche par Turnbull (*Med. News and Abstract.* Philadelphie, 1881).

En résumé, et s'il est possible de dégager de ces éléments disparates les vues qui tendent à dominer dans la façon d'envisager, à ce jour, les différents problèmes que soulève la question du coup de chaleur, on arrive aux conclusions suivantes :

En *pathogénie.* Atteinte cardiaque primitive, par paralysie essentielle ou coagulation de la myosine sous l'influence de la chaleur centrale exagérée ; parallèlement, peut-être, altération du sang encore à définir, asphyxie par incapacité respiratoire des globules. L'urémie a perdu du terrain.

En *clinique*, les symptômes du coup de chaleur et du coup de soleil se laissent mal différencier. Peut-ête les symptômes cérébraux sont-ils plus fréquents et plus prononcés dans le coup de soleil; mais ils sont loin de lui être exclusifs. La suppression de la transpiration cutanée constitue une prédisposition grave et un indice précieux. L'hyperthermie considérable atteindrait même les hauts degrés qu'on observe dans le tétanos. Elle n'est cependant pas constante; les phénomènes oculaires sont à envisager, de même que ceux des localisations anesthésiques ou paralytiques. Les formes syncopale, asphyxique, cérébro-spinale, répondent à tous les faits observés.

En *thérapeutique.* Bains froids, affusions, douches. Le bain chaud aurait également, mais plus rarement, ses indications. Injections sous-cutanées de sulfate de quinine, de chlorydrate de pilocarpine, d'éther. Bromure de potassium. Excitants. Utilité contestée de la saignée.

R. LONGUET.

(1) *Philad. med. und surgical Report*, 18 juin 1881.
(2) *Mich. med. news*, 25 mai 1881.
(3) *Boston med. journal*, 22 décembre 1881.

BIBLIOTHÈQUE

Le traité de la goutte de Sydenham (partie descriptive), traduit par M. le professeur Lasègue. — Paris; Asselin, 1882.

Ce petit opuscule est la traduction littérale d'une partie du *Traité de la goutte de Sydenham.* Le savant professeur de la Faculté de Paris a publié cette traductien dans le but d'être utile aux élèves de la clinique médicale de la Pitié.

L'ouvrage de Sydenham est de ceux dont la louange n'est plus à faire; mais il faut remercier M. le professeur Lasègue de la mise en œuvre d'une idée utile, qui a pour but de rendre facile, aux moins habitués avec les difficultés de l'érudition médicale, la lecture des pages admirables que l'illustre médecin adressait à son ami Thomas Short. — Ch. Eloy.

Etude sur les granulations de Pacchioni, par M. le docteur C. Labbé. — Paris, 1882. O. Doin.

Les corps de Pacchioni, d'après l'auteur, se forment dans les lacs sanguins de dérivation de la dure mère par un mécanisme analogue à celui des phlébolithes. Ils peuvent devenir l'origine de tumeurs encore imparfaitement étudiées; tels que : fibromes, epithéliomes et carciomes.

Cette thèse inaugurale se termine par une description des moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne. Ce système sanguin aurait une grande importance physiologique pour prévenir la compression du cerveau et aider à la dérivation dans le cas d'encombrement des vaisseaux péri-encéphalique. — Ch. E.

Organisation de la médecine publique en France, par M. A. Martin. — Paris, 1882. G. Masson.

Le rapport de M. Martin est l'expression des vœux formulés par une commission de la Société d'hygiène publique. Ce projet de création d'une direction de la santé publique est vaste assurément; la mise à exécution en serait désirable aussi avant d'obtenir de l'État la réation d'une direction de la santé publique, il faudrait déterminer les municipalités des grandes villes a établir des Bureaux d'hygiène. De plus, l'exécution de ces projets soulève des questions qui pour être secondaires n'en sont pas moins graves. Nous regrettons, par exemple, que M. Martin ne détermine pas quel sera le mode de recrutement du personnel. Il devrait posséder des qualités d'indépendance suffisantes pour être écouté, et des garanties scientifiques qui ne résultent autant d'études spéciales que de l'exercice médical et des aptitudes personnelles. Ce n'est donc pas le bon plaisir seul qui devrait présider au choix des hommes, de la valeur desquels dépendront surtout les résultats heureux ou non de cette organisation.

Ch. E.

Contribution a l'étude des présentations du siège décomplété, par M. le docteur Lefour, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux. — Paris, O. Doin; 1882.

Parmi les conclusions de l'auteur, il faut noter : 1° que les présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses, sont définitives; 2° que la version céphalique par manœuvres externes est contre-indiquée dans ce cas, et que pour dégager la fesse postérieure la meilleure manœuvre consiste à employer le procédé de Ritgen. (Pression d'une main par l'index et le médius introduit dans l'anus et traction de l'autre main sur le pli de l'aine si les contractions utérines sont insuffisantes.) — Ch. E.

Des maladies utérines et de leur traitement, par M. le docteur Constant Robert. — Paris, 1882; G. Masson, et Pau, Cazeaux.

Cette brochure de M. le docteur Robert a pour but de faire connaître les résultats comparatifs du traitement des affections de l'utérus par le seigle ergoté, le sulfate de quinine, l'électricité, les eaux thermales sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets.

Les « nymphes de Cauterets » sauront gré à M. le docteur Robert de ce plaidoyer en leur faveur, plaidoyer dont les arguments cliniques sont appuyés de démonstrations physiologiques et des expériences de M. le professeur Feltz, de Nancy. D'après ces faits, les eaux de Cauterets posséderaient une certaine puissance excito-motrice sur les fibres musculaires lisses. Elles agiraient donc, à ce point de vue sur la métrite chronique, comme le seigle ergoté, la quinine et l'électricité. De plus elles sont des agents modificateurs de l'état général ou diathésique dont les maladies utérines ne sont souvent que l'expression locale.

Cette médication est donc une heureuse application de l'aphorisme de M. Noël Gueneau de

Mussy, qui écrivait naguère avec raison : « Il n'y a plus de maladies locales, il y a des maladies localisées. » Résumé d'observations cliniques et de sérieuses investigations bibliographiques sur le docteur Borie, qui écrivit, en 1714, sur les eaux de Cauterets; cette brochure sera consultée avec avantage par tous les médecins gynécologistes. Elle diffère d'ailleurs par la forme et le fond des publications analogues, et porte la manifeste empreinte de cet esprit clinique dont l'un des premiers, parmi les médecins hydrographes. M. Richelot a fait preuve dans ses *Etudes sur l'eau du Mont-Dore.* Il serait à désirer que cet exemple soit toujours suivi. — Ch. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

M. le docteur Fiorani, dans le numéro de juin des *Annali universali di medicina e chirurgia*, que dirige maintenant M. le professeur A. Corradi, donne un moyen bien simple de guérir les angiomes sans opération. Ce moyen consiste à badigeonner plusieurs fois ces petites tumeurs avec un mélange de collodion et de sublimé, dans les proportions de 2 pour 15.

Le même numéro contient quelques annotations de M. le professeur Lorenzo Tenchini sur la *commissura mollis* de Vicq d'Azir, appelée encore *Chordæ Willisii, trabecula cinerea*, etc. Les patientes recherches de cet anatomiste n'ont pu néanmoins dévoiler quelles étaient les fonctions réelles de cette partie de l'encéphale.

Enfin ce journal donne *in extenso* une observation d'opération césarienne suivie de succès, par le docteur Marangoni (Joseph), de Vicence.

— La *Rivista clinica di Bologna* (n° 6), publie un mémoire de M. le professeur Francesco Magni sur la formation de la constitution définitive de l'humeur vitrée dans l'œil humain, etc.... C'est la première partie d'un travail que l'auteur se propose de publier incessamment; nous aurons plus tard l'occasion de revenir sur cette étude.

— La première opération italienne de résection de l'estomac, pour un carcinome du pylore, a eu le lieu 14 juin de cette année à la clinique chirurgicale de l'Université de Gênes, dirigée par M. le professeur Azzio Caselli. L'opérée mourut, sept heures après avoir subi cet inutile traumatisme, du shok de l'opération. (In l'*Imparziale*, juin 1882.)

— Dans *Il giornale internazionale delle scienze mediche*, M. le professeur Angelo Petrone, de Naples, démontre la présence de corps amylacés dans le sang de l'homme extrait par une piqûre. De nombreux examens ont été faits sur des malades de M. le professeur Cantani et ont révélé au microscope la présence de ces produits anormaux qui se rencontrent de préférence, et toujours en plus grand nombre, sur les individus affectés de maladies chroniques. L'homme sain ne renferme pas ou peu de corps amylacés ; ceux-ci sont entraînés des couches épidermiques par la sortie du sang provoquée par la piqûre ; la peau est donc le lieu d'élection où se forment les corps amylacés.

— *Il Progresso* (15 mai) signale : 1° Un nouveau galvanomètre construit de telle façon qu'on peut obtenir à distance, toutes les indications d'un thermomètre ;

2° Un instrument inventé par M. le professeur Dominique Benucci, qui lui a donné le nom de *Goniotelemetro*, qui est destiné à mesurer avec précision une distance quelconque sans la parcourir; de curieuses expériences ont été faites à ce sujet et ont parfaitement réussi.

— M. le docteur Margary, chirurgien en chef du grand hôpital de Saint-Jean, à Turin, a présenté à l'Académie de médecine de cette ville (In : *Giornale della R. Academia de medicina di Torino*, n°s 5 — 6) un maître d'armes qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire au genou gauche, ne pouvait plus se servir de sa jambe. Il fallut en arriver à l'extirpation du fibro-cartilage inter-articulaire, épaissi et déplacé, et cause de tout le mal. L'opération, habilement pratiquée avec toutes les précautions listériennes, réussit on ne peut mieux et n'entraîna aucune difformité; l'opéré put reprendre l'exercice de sa profession.

Le 14 avril 1882, une autre communication a été faite par le même chirurgien à la savante Société. Un paysan, en tombant d'une hauteur de quatre mètres, se fait une luxation sous-astragalienne du pied droit; on ne put réduire les os déplacés, c'est ce qui obligea plus tard M. le docteur Margary à faire une ostéotomie cunéiforme du tarse. Le succès, cette fois encore, répondit aux espérances de l'habile chirurgien piémontais.

La Société de crémation, *Ferdinando Coletti*, de Padoue, par la voix de son honorable président M. le docteur Berselli, a protesté avec beaucoup d'énergie contre la violation des dernières volontés de Garibaldi, qui avait désiré dans son testament que son corps fût ciné́ré.

(*Gazetta medica italiana, Provincie Venete*, Padoue, Juillet 1882.) Il est à présumer que la volonté du général a reçu ailleurs son entière exécution.

— Le n° 29 de la *Gazetta medica italiana lombardia*, donne le récit détaillé des quatre dernières ovariotomies exécutées par M. le professeur PORRO; nous n'avons rien trouvé de particulier à noter dans cette relation.

Enfin nous relevons dans le n° 60 de la *Gazetta degli ospitali* (Milan), une étude de M. le professeur SEMMOLA sur le traitement local et général des tumeurs malignes de la mamelle et des autres parties extérieures du corps, par l'emploi, à l'intérieur, de l'iodure de potassium à haute dose et pendant longtemps, afin de modifier profondément la nutrition dans ses éléments, et par la cautérisation électrolytique des néoplasmes.

Sous l'influence de ces cautérisations il se fait de petits foyers d'inflammation avec sclérose consécutive, et la tumeur se réduit peu à peu sous forme de tissu cicatriciel.

L'électrolyse produit d'autres fois une transformation colloïde graisseuse dans la masse de la tumeur, surtout lorsque celle-ci est en voie de ramollissement.

Enfin cette médication perturbatrice peut produire une suppuration dessiccative, la segmentation de la tumeur et son issue en fragments.

Dr G. MILLOT-CARPENTIER, de Montécouvez (Nord).

CORRESPONDANCE

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

Monsieur le rédacteur en chef,

Cette question revient à l'ordre du jour, et comme toujours, quand on l'évoque, elle semble n'avoir rien perdu de sa nouveauté. Seulement une tendance que je crois fâcheuse se dessine à l'horizon et menace de compromettre, en très peu de temps, les progrès si péniblement réalisés par les partisans et les défenseurs de l'allaitement maternel, au milieu desquels je me suis montré, à une époque assez récente, quoique presque oubliée, un des plus convaincus et des plus ardents.

Je conviens et j'ai toujours admis que toutes les mères ne pouvaient pas nourrir. Je concède non moins facilement que le meilleur succédané du lait de femme est le lait d'ânesse. Mais il est à craindre que le retentissement que va avoir la discussion académique dans le public, n'ait pour résultat d'exagérer les intentions de MM. Parrot, Tarnier, Bouchardat, etc., et d'encourager les femmes à confier leurs enfants à des ânesses, puisque dans leur pensée cela doit revenir au même. Cependant il n'est pas un médecin qui professe cette doctrine absolue : qu'il est indifférent de donner à un animal quelconque le lait d'une autre espèce animale.

D'un autre côté, si les succès obtenus par M. Parrot dans sa nourricerie des enfants assistés sont des plus encourageants et doivent lui susciter des imitateurs, peut-on espérer qu'il en sera de même lorsque ce seront des femmes du monde et surtout de grossières paysannes qui seront chargées d'appliquer la méthode? Evidemment non, et la conséquence la plus probable de cette campagne en faveur de l'élevage artificiel des nouveau-nés sera de compromettre les résultats si péniblement acquis par quinze années d'efforts au bénéfice de l'allaitement maternel.

Ce que je redoute, c'est de lire bientôt, sur tous les murs, des affiches ainsi libellées : *Lait d'ânesse pour les nourrissons, recommandé par l'Académie de médecine.* Et ce lait d'ânesse sera du lait de vache falsifié *secundum artem.* Et alors tout sera à recommencer : *Société protectrice de l'enfance, Société ponr la propagation de l'allaitement maternel, loi Roussel*, etc.

D^r. Alex. MAYER.

FORMULAIRE

COLLUTOIRE CONTRE LE MUGUET. — ARCHAMBAULT.

Borate de soude	10 grammes.
Glycérine pure.	10 —

A l'aide d'un pinceau, on badigeonne avec précaution la muqueuse buccale, pour en détacher les plaques de muguet. — La glycérine est préférable comme véhicule, aux liquides sucrés, qui fermentent facilement. — N. G.

SIROP CONTRE LE MUGUET. — ARCHAMBAULT.

Hydrolat de fenouil	40	grammes.
Eau de chaux	50	—
Sirop simple	10	—

F. s. a. une potion, dont on donnera une cuillerée à café après chaque tétée, aux enfants atteints de muguet avec diarrhée. — N. G.

COURRIER

EFFETS DE L'EXCÈS DU TRAVAIL CÉRÉBRAL CHEZ LES ENFANTS. — Dans un grand établissement, dit M. Chadwick, contenant environ six cents enfants, moitié filles, moitié garçons, on avait remarqué que les filles fournissaient, industriellement, un travail supérieur à celui des garçons. A chaque inspection scolaire, l'on constatait aussi avec surprise qu'elles étaient mentalement plus alertes, plus développées. Or les filles fréquentaient les écoles de *demi-temps*, c'est-à-dire qu'elles y allaient dix-huit heures par semaine, les jours d'ateliers alternant avec les jours d'école; les garçons, au contraire, avait trente-six heures d'instruction par semaine. Soumis plus tard au même régime que les filles, ils ont obtenu des résultats aussi satisfaisants. Avis aux faiseurs de programmes trop chargés.

STATISTIQUE DES JOURNAUX MÉDICAUX. — D'après M. le docteur A. Durieau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, le nombre actuel des journaux médicaux à périodicité fixe est pour la France et ses colonies de 147 (Paris, 35; départements, 52). — La Confédération germanique publie 133 journaux; la Grande-Bretagne, 69; l'Autriche, 54; l'Italie, 51; la Belgique, 28; l'Espagne, 26; la Russie, 26; la Hollande, 16; la Suisse, 10; la Suède et la Norvège, 9; le Danemark, 5; le Portugal, 6; les Principautés danubiennes, 4; la Turquie, 2; la Grèce, 1. Total pour l'Europe, 583. — En Amérique, on publie 183 journaux; en Asie 15; en Océanie, 2. — Total pour les divers continents : 785. — Le nombre des journaux médicaux créés depuis 1679 dépasse 2,500.

LE GLOSSOGRAPHE. — M. A. Gentilli vient de présenter à diverses sociétés savantes de Leipzig et de Berlin un appareil de son invention ayant pour objet de reproduire, on pourrait dire de *peindre* la parole, en caractères aisément déchiffrables, et avec la rapidité normale de la parole elle-même. Ce problème avait déjà été attaqué et résolu par MM. Varley et Boudet de Paris, il y a quelques années. On conçoit aisément qu'un style vibrant, appuyé sur une bande de papier qui se déroule, trace des signes différents pour chaque variété de vibration, de façon à former un alphabet spécial des sons. L'appareil de M. A. Gentilli repose sur un principe différent; ce sont les mouvements de la langue qui sont enregistrés et retracés, d'où le nom de *glossographe*. L'organe est emprisonné dans une sorte de cage formée de six petits leviers mobiles extrêmement légers, correspondant chacun à une pointe traçante qui en suit exactement toutes les impulsions, et les reproduit sur une bande de papier. Il suffit de six leviers, quoique la plupart des alphabets contiennent de vingt-cinq à trente lettres, parce que le *glossographe* s'exprime dans un langage purement phonétique, où les *b* et les *p*, les *t* et les *d*, les *k* et les *g*, etc., ne diffèrent que pour l'intensité de la vibration. Le système d'écriture repose sur certaines règles qui en rendent l'usage facile, et qui sont fondées sur les lois de la construction des syllabes et de la combinaison des consonnes.

Le *glossographe* peut être employé à la sténographie, mais d'une manière assez bizarre. Il suffit que le sténographe, s'armant du glossographe, répète les paroles de l'orateur au fur et à mesure qu'elles sont prononcées.

Les Allemands disent beaucoup de bien du nouvel appareil, dont l'idée est certainement ingénieuse. Reste à savoir s'il est facile de parler purement avec tant de leviers sur la langue, quelque légers qu'on les suppose. Au point de vue de la sténographie proprement dite, l'appareil Michela, qui inscrit aussi les sons, paraît supérieur à première vue du moins.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 22 août 1882. — Devant une salle peu garnie et un public minuscule, M. Vulpian, qui semblait se dévouer en montant à la tribune, a réussi à faire une séance. Après avoir rappelé un important travail de notre collègue et ami, le docteur Hallopeau, sur le traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine, travail qu'il s'est chargé, il y a quelque mois, de présenter à l'Académie, le savant maître nous met au courant des nouveaux essais tentés par lui contre ce redoutable fléau. Il était guidé par le désir de trouver une substance antiseptique peu soluble, capable d'arriver dans l'intestin sans altération, et d'y neutraliser sur place le virus dont l'action commence dans ces parages, si l'on en croit la théorie intestinale.

Il a d'abord essayé l'*iodoforme*. Quoi qu'on en puisse dire, cet agent n'est pas antiseptique, assure M. Vulpian ; ajouté à un liquide putride, il ne tue pas les microbes et ne détruit pas la fétidité. L'iodoforme n'a rien fait pour les typhiques.

Le *salicylate de bismuth*, « substance mal définie, composé informe », est très antiseptique ; le liquide putride sur lequel on le fait agir s'éclaircit, les vibrions tombent au fond du vase, morts ou paralysés, la fétidité disparaît. Cependant les résultats sont peu satisfaisants, la maladie n'est pas enrayée. Avec 8, 10 et 12 gr., il y a quelque abaissement de la température, et les selles sont désinfectées ; mais c'est tout. D'autre part, une dyspnée excessive s'est montrée chez quelques malades ; il y a eu des hémorrhagies, mais l'agent thérapeutique en est-il responsable?

L'*acide borique*, bon antiseptique, bien supporté jusqu'à 12 grammes, n'a rien donné qui vaille.

Bientôt M. Vulpian crut devoir renoncer à modifier l'agent septique dans l'intestin, avant son entrée dans l'organisme. Sans doute la fièvre typhoïde est une intoxication qui se fait en une fois, comme la variole et la scarlatine ; lorsqu'elle est constituée, c'est dans le sang et dans les éléments qu'il faut combattre le virus absorbé.

Animé de ce nouvel esprit, M. Vulpian fit usage de l'*acide salicylique* et s'en trouva bien ; c'est pour le recommander qu'il monte à la tribune. L'emploi de ce médicament chez les typhiques n'est pas une nouveauté ; de nombreux mémoires lui ont été consacrés, surtout en Allemagne. Voici ce qu'en pense l'éminent professeur : peu actif à faible dose, on peut en donner couramment 6 grammes, avec le phosphate de chaux, le sucre de lait, ou pur dans du pain azyme. Il n'y a pas eu d'accidents, sauf un peu de salicylisme cérébral chez quelques sujets, dont le délire n'était pas absolument celui des typhiques, et cessait par la suppression du remède. Les effets ont été frappants : abaissement très net de la température, de 40° à 37°5, par exemple, dans l'espace de quarante-huit heures, et avec *permanence*. Ce dernier résultat ne manque pas d'intérêt, car on sait que les effets de l'acide phénique, agent très sûr pour obtenir l'hypothermie, sont essentiellement passagers. Toujours, avec l'abaissement de la température provoqué par l'acide salicylique, s'est montrée une amélioration évidente de l'état général ; et c'est encore un point sur lequel il est bon d'insister, car l'hypothermie n'est un bénéfice qu'à cette condition. Pour terminer, M. Vulpian ne peut nous dire si la durée du mal, si la mortalité ont été

moindres; ce n'est pas à un clinicien de son expérience qu'il faut demander de pareilles assertions, fondées sur un petit nombre de faits. Conclusion : « L'acide salicylique, donné à dose suffisante, est jusqu'ici un des modérateurs les plus puissants de la fièvre typhoïde, et à ce titre il mérite de prendre place dans la thérapeutique de cette affection. Peut-être aussi les petites doses, en ingestions quotidiennes, seraient-elles indiquées, à titre prophylactique, en temps d'épidémie. »

Il serait téméraire à nous de chercher à extraire du discours de M. Vulpian et de la discussion qui l'a suivi toutes les réflexions que le sujet comporte. Chemin faisant, nous étions surpris d'entendre dire que l'iodoforme n'est pas antiseptique. Nous sommes désolés qu'il ne tue pas mieux les microbes. Mais en vérité, il empêche les plaies de suppurer, de s'infecter, et les conduit merveilleusement jusqu'à la cicatrisation. N'étaient sa vilaine odeur et les quelques dangers d'un emploi irréfléchi, ses vertus lui assureraient un bel avenir dans la chirurgie antiseptique. Nous sommes désolés qu'il ne tue pas mieux les microbes !

Nous applaudissons sans réserve, quand on nous dit : c'est perdre son temps que de poursuivre le virus dans l'intestin; dès que le malade est triste, abattu, la fièvre typhoïde est acquise et doit se dérouler quand même. Mais nous allons plus loin : est-ce par des antiputrides qu'on doit chercher à neutraliser le virus dans les profondeurs de l'organisme? Quelle idée singulière se fait-on d'une médication antiseptique? Faire agir un médicament sur un virus pour l'empêcher d'entrer ou pour lui enlever ses propriétés avant qu'il entre, c'est fort bien; mais traiter une *maladie septique* déclarée par un *antiseptique*, n'est-ce pas une véritable naïveté? N'est-ce pas se laisser conduire par les mots en oubliant les choses? N'est-ce pas obéir aveuglément à une *idée simple*? Songe-t-on à la quantité de matière antiputride qu'il faudrait mêler au sang, aux tissus d'un septicémique, pour neutraliser cet être subtil qui pullule indéfiniment? On oublie que l'agent morbide a dû se porter sur quelque point essentiel, sur les centres nerveux par exemple, dont l'action troublée nous explique les désordres apportés à la nutrition, à la chaleur animale; et que les médicaments qui améliorent ces typhiques, ces fébricitants, sont des substances qui s'attaquent, non pas au microbe, mais aux centres nerveux; car l'acide phénique, le salicylate de soude, le sulfate de quinine, abaissent la température aussi bien dans la pneumonie franche que dans les maladies septiques. Et le sulfate de quinine, qui tue si bien les microbes, est-ce par ce moyen qu'il arrête la fièvre intermittente? Non, puisqu'il n'arrête pas d'autres fièvres, qui sont également septiques; et puisque l'acide phénique, si fatal au microbe, n'a jamais coupé d'accès paludéen.

On a demandé si l'acide salicylique, en abaissant la température, ne laisserait pas évoluer la maladie. L'hypothermie, dit-on, en elle-même importe peu, si la marche de la fièvre typhoïde n'est pas enrayée. Cela pourrait être vrai, si l'augmentation de la température était ici un phénomène de second ordre, au même titre qu'une hémorrhagie bronchique dans le cours de la phthisie pulmonaire. Evidemment, faire cesser une hémoptysie n'est pas guérir la tuberculose. Mais l'hyperthermie, dans une fièvre, est un *symptôme constituant*; on ne peut la supprimer ou l'atténuer qu'en agissant sur sa cause, et cette cause, c'est la maladie elle-même. Une substance qui abaisse la température d'un typhique semble donc, par cela seul, agir favorablement sur la fièvre typhoïde; et ce qui tend à le prouver, c'est l'amélioration de l'état général constatée par M. Vulpian à chaque défervescence. Le remède peut être insuffisant, et dominé en fin de compte par la violence du mal; ainsi le chloral, qui enraye le symptôme constituant, le spasme tétanique, trop souvent s'arrête en chemin et laisse la maladie suivre son cours. Il n'en est pas moins vrai que la première chose à modérer dans le tétanos, c'est le spasme, et la chaleur dans la fièvre; à ce prix seulement l'action d'un médicament est logique et peut être heureuse, si elle n'est pas toute-puissante. — L.-G. R.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COAGULATION DU SANG.

PREMIÈRE PARTIE :

Du rôle des éléments figurés dans la coagulation;

Par Georges HAYEM.

Dans la note que j'ai publiée en janvier 1878 (*Sur la formation de la fibrine du sang étudiée au microscope*, in *Comptes rendus de l'Académie des sciences*), après avoir décrit le processus de coagulation, j'ai formulé la conclusion suivante :

« L'ensemble de ces faits, qu'il nous est impossible de décrire ici plus longuement, montre que le phénomène de la coagulation du sang paraît avoir pour origine les actes physico-chimiques qui accompagnent la décomposition d'un des éléments figurés du sang, décomposition qui commence instantanément dès que cet élément ne se trouve plus dans les conditions nécessaires à l'entretien de sa vitalité. »

Mes observations ont, en effet, démontré qu'il existe dans le sang un élément anatomique constant, auquel j'ai donné le nom d'hématoblaste, élément qui s'altère avec une extrême rapidité. Pour en découvrir les caractères propres, j'ai dû le fixer à l'aide de divers procédés au moment même où il sort des vaisseaux, et c'est à cause de sa vulnérabilité excessive qu'il n'a été aperçu, avant mes recherches, que sous une forme plus ou moins altérée. Cette altération des hématoblastes étant le prélude de modifications qui conduisent à la formation du réticulum fibrineux, la prise du sang en gelée ne peut plus être considérée comme le premier acte de la coagulation du sang. Celle-ci est évidemment préparée par une série d'altérations morphologiques, et comme ces altérations débutent instantanément dès que le sang se précipite hors de ses voies naturelles, j'en ai conclu que la coagulation commence dès que le sang n'est plus dans ses conditions normales et se trouve par suite liée d'une manière étroite à la vie du sang.

Mes recherches ultérieures ont pleinement confirmé cette première proposition, et elles ont montré, notamment, que toutes les conditions qui favorisent la coagulation du sang complet facilitent les altérations des hématoblastes, tandis que celles qui ont un effet contraire, le froid par exemple, retardent ces modifications.

Mais la coagulation du sang ne consiste pas uniquement en une modification plus ou moins profonde des hématoblastes. Celle-ci n'est qu'un acte préparatoire ; la coagulation n'est réelle que lorsqu'apparaît le réseau de filaments constituant à proprement parler la fibrine.

Pour compléter ces premières études, il était nécessaire de chercher à déterminer exactement les rapports qui paraissaient exister entre les altérations des hématoblastes et la précipitation de la fibrine.

J'ai formulé de la manière suivante, dans la note que j'ai citée tout à l'heure, les principales questions soulevées par l'étude anatomique du processus de coagulation :

« Les hématoblastes agissent-ils en s'altérant, comme cause déterminante de la coagulation? Sans pouvoir encore l'affirmer, il est permis de le supposer à titre d'hypothèse très vraisemblable. En tout cas, on peut faire intervenir trois facteurs dans l'acte de la coagulation : 1° une substance qui sort par exosmose des hématoblastes, et qui représente peut-être la paraglobuline; 2° les corpuscules isolés ou groupés, formés par les hématoblastes en voie d'altération cadavérique, et qui fournissent un point de départ, peut-être simplement occasionnel, au réseau de fibrilles. On peut admettre, en effet, que ce réseau pourrait se former sans l'intermédiaire de ces débris anguleux d'éléments ; 3° une substance primitivement dissoute dans le plasma et qui, soit après s'être modifiée simplement en présence de la matière exsudée par les hématoblastes, soit après s'être combinée avec cette substance, fournit, en se précipitant, la presque totalité du réseau fibrillaire.

« Il sera intéressant de déterminer plus exactement les rapports qui doivent exis-

ter entre les faits révélés par le microscope et ceux que la chimie nous a fait connaître. »

Pendant quelques années, les observations que j'ai recueillies sur l'homme et sur les animaux, dont nous nous servons habituellement dans nos laboratoires (lapin, chien, cochon d'Inde), ne m'ont fourni que des éclaircissements peu importants. Pour faire progresser la question, il était nécessaire d'utiliser un animal plus favorable, c'est-à-dire le cheval.

Diverses circonstances indépendantes de ma volonté m'ont fait ajourner les expériences que j'avais depuis longtemps le projet d'entreprendre sur cet animal. Je n'ai pu les commencer que cet hiver, et, bien qu'elles ne soient pas encore terminées, je crois pouvoir en tirer déjà un certain nombre de conclusions. Toutes ont été exécutées pendant les mois de janvier, février et mars, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, dans le service du professeur d'anatomie M. Barrier, qui a été pour moi un aide aussi dévoué qu'habile (1).

Nous venons de voir que dans ma première communication, sur le processus de coagulation, j'ai admis un rapport étroit entre la précipitation de la fibrine et les altérations des hématoblastes. Cette conclusion reposait sur des faits nombreux que j'ai décrits en détail dans plusieurs de mes publications et notamment dans le mémoire qui a paru, en 1878-79, dans les *Archives de physiologie*. Cependant, avant de considérer la question comme devant être définitivement circonscrite au rôle des hématoblastes, il me paraît important de faire l'examen critique et expérimental des théories qui invoquent la participation des globules rouges ou des globules blancs. Cela est d'autant plus indispensable que si l'on suppose comme déjà démontré le rôle prépondérant des hématoblastes, il ne s'en suit pas que les autres éléments du sang restent absolument étrangers à l'acte de la coagulation.

RÔLE DES GLOBULES ROUGES.

On sait que Denis a trouvé dans le globule rouge une substance qu'il a nommée globuline et qu'il a considérée comme analogue à sa fibrine modifiée. A. Heynsius (2) a réussi avec le sang du cheval à faire sortir des globules isolés une matière paraissant avoir les mêmes propriétés que la fibrine. D'autre part, Landois (3) ayant vu que les globules transplantés dans un organisme étranger s'accolent, puis forment une masse filante, capable de s'étirer en filaments entrecroisés, a admis l'existence d'une fibrine du stroma (stroma-fibrine) qui n'est autre probablement que la globuline de Denis. Enfin, tout récemment, Madame E. Hart (4) en soumettant les globules rouges à des traumatismes et à l'action de divers réactifs est parvenue à voir des stromas décolorés d'où partaient quelques filaments analogues à ceux de la fibrine. Ce sont là des faits intéressants et utiles à retenir. Mais la question n'est pas de savoir si les globules rouges contiennent une matière albuminoïde se rapprochant de la fibrine. Produisent-ils directement, pendant l'acte de la coagulation, une partie de la fibrine ou même une substance capable de participer à la formation de la fibrine ? C'est le point qu'il s'agit d'éclaircir.

Chez les animaux dont les globules sont suffisamment résistants, l'homme, le chien, le cheval par exemple, la défibrination du sang, même à l'aide d'un battage très complet, ne détruit pas un nombre notable de globules rouges. On peut s'en assurer en pratiquant la numération des globules avant et après la défibrination en vase clos. Il est donc très probable que les hématies n'abandonnent pas de fibrine

(1) M. Goubaux, directeur de l'École vétérinaire, a bien voulu m'honorer de l'accueil le plus empressé et je suis heureux de pouvoir lui offrir ici le témoignage de ma gratitude.

(2) Heynsius. Der directe Beweis, dass die Blutkörperchen Fibrin liefern. *Centralblatt f. die med. Wiss.*, s. 387, 1870, et *Arch. f. die gesamm. Physiol.*, s. 414, 1870.

(3) Landois. Die Transfusion des Blutes. Leipzig, 1875.

(4) Mme E. Hart. Note on the formation of Fibrin. (*Quarterly journ. of microsc. science*, July 1882.)

dans ces conditions. De même lorsqu'on laisse le sang se coaguler spontanément dans un vase, les globules rouges de la partie cruorique restent intacts et le sérum qui transsude pendant la rétraction du caillot ne renferme pas une proportion appréciable d'hémoglobine, ce qui aurait lieu si un certain nombre de globules avaient perdu leur matière colorante.

On peut, de plus, par une expérience directe établir que les globules rouges ne fournissent pas de fibrine. Cette expérience s'exécute facilement avec le sang du cheval.

En détachant chez le cheval la veine jugulaire externe pleine de sang et en plaçant cette veine verticalement dans une éprouvette longue, entourée de glace fondante, le sang se conserve pendant très longtemps sans présenter la moindre trace de coagulation. On place au fond de l'éprouvette quelques centimètres cubes d'eau pour diminuer la transsudation, et l'éprouvette étant bien bouchée on peut attendre plusieurs heures que la précipitation des globules se produise sans que le sang se modifie d'une manière sensible. Au bout de 12 à 24 heures, le sang de la veine est divisé en deux portions bien distinctes. La portion supérieure translucide contient du plasma, dans lequel nagent encore quelques éléments anatomiques, mais presque absolument dépourvu de globules rouges. La couche inférieure au contraire, rouge, opaque, contient presque tous les globules rouges sans exception ; elle est surmontée d'un petit disque blanchâtre de quelques millimètres seulement d'épaisseur, sur la composition duquel nous aurons plus tard l'occasion de revenir. Il est évident que, dans ces conditions, rien n'est plus facile à faire que le dosage comparatif de la fibrine contenue, d'une part, dans le plasma, et de l'autre dans la couche des globules rouges. Pour effectuer ce dosage il est indispensable, avant de recueillir le plasma et la couche des globules rouges, de circonscrire entre deux ligatures la couche intermédiaire supportant le petit disque blanc.

Le sang du cheval pouvant également se conserver sans se coaguler dans une éprouvette entourée de glace fondante, on peut faire la même expérience sans prendre la peine de détacher la jugulaire. On a alors l'avantage de ne pas perdre de liquide par transsudation et de pouvoir comparer les chiffres obtenus à ceux que donne le dosage de la fibrine dans un échantillon de sang complet du même animal. Toutes les déterminations de la fibrine en poids que nous rapporterons dans ce travail ont été effectuées avec le plus grand soin par notre préparateur M. Féry.

Première expérience. — Veine jugulaire externe, laissée au repos pendant 19 heures.

	Fibrine pour 100cc.
Sang veineux frais	0,291
Sang complet du vaisseau	0,303
Plasma après décantation	0,4416
Couche des globules rouges	0,0525

Le plasma contient donc 8,43 fois plus de fibrine que la couche des globules rouges.

La différence de 0,012 trouvée entre la fibrine du sang veineux complet et la fibrine du sang du vaisseau après le repos doit être rapportée à l'épaississement par transsudation du sang de la veine et à son augmentation de densité par suite du refroidissement.

Deuxième expérience. — Même expérience après repos de 20 heures 1/2. On a soin de calculer, par des pesées, la quantité de liquide transsudé et de faire les corrections nécessaires.

	Fibrine pour 100cc.
Sang veineux frais	0,373
Sang complet du vaisseau	0,372
Plasma après décantation	0,642
Couche des globules rouges	0,093

Le plasma de la veine contient donc 6,9 fois plus de fibrine que la couche des globules rouges.

Troisième expérience. — Faite en recueillant du sang dans une éprouvette entourée de glace et en le laissant reposer pendant 8 heures.

	Fibrine pour 100cc.
Plasma après décantation (couche supérieure).	0,458
Couche des globules rouges................	0,0455

Le plasma contient dix fois plus de fibrine que la couche des globules rouges.

Quatrième expérience. — La même que précédemment, mais après un repos de 5 heures 1/2 seulement.

	Fibrine pour 100cc.
Plasma après décantation (couche supérieure).	0,318
Couche des globules rouges................	0,044

Le plasma renferme 7,22 fois plus de fibrine que la couche des globules rouges.

On trouve donc invariablement 7 à 10 fois plus de fibrine dans le plasma que dans la couche des globules rouges.

L'examen direct de cette couche montre que si l'on peut en extraire une certaine proportion de fibrine, cela tient à ce qu'aux amas globulaires, imparfaitement tassés, se trouve interposée une certaine quantité de plasma.

Au moment où on l'extrait de la veine, la portion renfermant les hématies se présente sous l'apparence d'un liquide épais, sirupeux, très foncé. Au microscope, on y voit des amas énormes et compactes de globules rouges, pressés les uns contre les autres, laissant entre eux quelques espaces vides, peu nombreux et relativement étroits, remplis de plasma. Dans quelques-uns de ces espaces plasmatiques se sont réfugiés des amas composés de plusieurs centaines d'hématoblastes, mais on n'y voit pas de globules blancs. Au bout d'une heure, par une température extérieure de 18°, on aperçoit dans les espaces plasmatiques un feutrage assez riche de fins filaments de fibrine.

Recueilli dans un verre à expérience et placé dans le laboratoire à la température indiquée, le liquide sirupeux, dont nous connaissons maintenant la constitution histologique, s'épaissit un peu au bout d'une demi-heure. En y plongeant une baguette de verre qu'on fait ensuite sortir lentement, on met en évidence quelques filaments de fibrine. Mais, en continuant l'observation, on remarque que la coagulation de ce liquide reste très imparfaite.

Lorsque le plasma est déjà pris en gelée solide au point que le verre à expérience peut être renversé sans qu'il s'écoule une goutte de sérum, la couche des globules rouges conserve encore une consistance de sirop très épais. Plus tard elle s'épaissit lentement et laisse, au bout de vingt-quatre heures transsuder, en se rétractant légèrement, une faible quantité de sérum qui s'accumule à la surface seulement de la masse à demi-concrétée sans la décoller de la paroi du vase. Ce sérum, de couleur ambrée, n'est nullement colorée par de l'hémoglobine.

Je crois donc pouvoir affirmer avec A. Schmidt (1) que la fibrine concrète, résultant de la coagulation spontanée du sang ou de la défibrination par le battage, n'est pas fournie par les globules rouges. Mais les faits que nous venons de rapporter ne prouvent pas que les hématies n'ont aucune influence sur la précipitation de la fibrine.

Il peut se faire en effet que, sans perdre leur individualité en tant qu'éléments, les globules rouges abandonnent au plasma une matière capable de favoriser ou de déterminer la précipitation de la fibrine. M. A. Gautier, s'appuyant principalement sur des observations de Denis, pense que la coagulation se produit par suite de l'exosmose hors des globules rouges de paraglobuline dont le pouvoir de diffusion

(1) A. Schmidt. Ueber die Beziehungen der Faserstoffgerinnung zu der körperlichen Elementen des Blutes. (*Arch. f. die gesamm. Physiol.* Bd. XI, s. s. 290 et 515, 1875.)

est considérable. Il soulève ainsi une question chimique intéressante, mais sur laquelle je ne voudrais pas me prononcer.

Dans les expériences précédentes, on a vu que malheureusement les globules rouges en se déposant entraînent avec eux un grand nombre d'hématoblastes accumulés comme les globules rouges sous forme d'amas, de sorte que la composition du sérum qui transsude du caillot imparfait, formé par la couche des hématies, ne renseignerait pas d'une manière précise sur les modifications chimiques dont les hématies peuvent être l'origine pendant la coagulation.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

NOTE SUR LA RÉDUCTION DE LA LUXATION DU POUCE EN ARRIÈRE AU MOYEN DES MANOEUVRES DE DOUCEUR,

Par Fr. Guermonprez.

Le traitement des luxations du pouce est connu. Mais on a tant écrit sur les difficultés de la réduction, sur les dangers des manœuvres et sur les insuccès opératoires, qu'il peut paraître étrange de revenir sur les manœuvres de douceur.

Les procédés de force sont justifiés lorsque la luxation, modifiée par des manœuvres de traction, est devenue *complexe*. L'observation suivante démontre une fois de plus l'utilité des manœuvres de douceur, alors que la luxation est encore *vierge* de toute manœuvre intempestive. En présence d'une luxation encore intacte, le chirurgien doit se garder de commencer par des manœuvres de traction.

S. Magot, concierge, âgée de 57 ans, tombe sur le sol recouvert de scories, la main largement ouverte et les doigt écartés. Elle ressent aussitôt une très vive douleur vers le pouce droit; elle croit que, pour causer une douleur aussi vive, son pouce doit être cassé.

Aussitôt après l'accident elle présente la déformation du pouce en Z, avec un raccourcissement d'un centimètre environ. La phalange métacarpienne est presque à angle droit sur la face dorsale du métacarpien, et la phalange unguéale, fléchie sur la précédente, est assez exactement parallèle à l'os du métacarpe. On sent aisément la tête du métacarpien très saillante sous la peau de la face palmaire. Par le palper du côté dorsal, on trouve une encoche en angle droit que la tension du tendon extenseur empêche de bien apprécier par une simple inspection.

Tous les mouvements du pouce sont d'ailleurs totalement impossibles; ceux de l'articulation trapézo-métacarpienne sont limités par la douleur.

Enfin il existe une très vive sensibilité au niveau des ligaments latéraux et surtout au niveau des parties inférieure et postérieure de la tête métacarpienne.

La mobilité de l'article est nulle dans le sens transversal.

Voulant apprécier l'étendue de la mobilité dans le sens antéro-postérieur, je cherchai à faire glisser la partie supérieure de la phalange sur la face dorsale du métacarpien.

Préoccupé avant tout de ne pas rendre la luxation complexe par le renversement du ligament antérieur, je me gardai de toucher les parties périphériques du pouce.

Mes deux pouces étant appliqués sur la face dorsale de la phalange et mes deux index prenant point d'appui sur la tête du métacarpien, je fis glisser doucement la partie articulaire de la phalange sur le dos du métacarpien correspondant. Ce glissement s'effectua lentement, sans que j'aie éprouvé la moindre résistance ni le plus petit frottement dur. Tout d'abord indolore, cette manœuvre devint peu à peu plus pénible, jusqu'à être insupportable à la blessée. Je ne crus pas devoir insister, bien que je n'eusse fait aucun effort, aucune secousse de coaptation.

Examinant alors le résultat, la patiente fut aussi surprise que moi-même de trouver la luxation totalement réduite.

Les mouvements trapézo-métacarpiens étaient libres; ceux des phalanges du pouce, presque nuls et très lents, étaient cependant possibles.

Restaient les signes de l'entorse.

Le lendemain de l'accident, 2 juillet, les signes d'une violente arthrite étant tous manifestes, les astringents furent remplacés par les antiphlogistiques. (Une sangsue, bains, cataplasmes, un purgatif.)

Le 3 juillet, 3 sangsues.

A partir de ce moment, l'amélioration est plus importante.

Ce n'est cependant que vers le 25 (environ trois septénaires après l'accident) que cette femme recouvre assez de force pour faire une lessive, et assez de dextérité pour pincer l'aiguille et coudre.

Le 1er août, les mouvements sont presque complètement recouvrés.

Ce que nous avons fait ici, c'est le procédé « par impulsion simple » décrit par Hey, en 1810. C'est la méthode « par impulsion directe ou par glissement » de Gerdy (*Journ. de chirurgie*, 1843), mais avec beaucoup moins de force, puisque Gerdy employait tous les doigts de ses deux mains « les quatre derniers doigts du chirurgien étant croisés les uns sur les autres, sur la face palmaire de la main malade..., les deux pouces étant appliqués derrière la phalange luxée, et pressant sur elle d'arrière en avant, tandis que les deux indicateurs pressent sur la tête de l'os métacarpien, d'avant en arrière.

La réduction que nous avons pratiquée a été notablement plus aisée, bien que d'une certaine lenteur. Nous n'avons eu nul besoin « d'un mouvement de bascule pour achever la réduction. »

Il est peu probable que notre préoccupation de ne pas favoriser l'interposition du ligament glénoïdien, nous ait empêché d'apprécier un soubresaut de réduction, un mouvement de coaptation.

La facilité de la manœuvre, pratiquée sans précipitation, nous explique le jugement si autorisé de Malgaigne, qui ne craint pas d'affirmer que cette méthode est celle qui a le plus souvent réussi.

Après M. le docteur Emile Japiot (*Thèse de Paris*, 1875), nous pensons que c'est aussi la méthode qui favorise le moins l'interposition du ligament glénoïdien.

Loin de prétendre que ce procédé semble apte à dégager le ligament glénoïdien, lorsqu'il est déjà interposé, nous nous bornons à proposer de réserver les méthodes de force pour les luxations complexes.

Nous concluons donc : La luxation du pouce en arrière, en Z et encore vierge de toute traction, peut être réduite par une véritable manœuvre de douceur, à l'aide du procédé de Hey et Gerdy, pratiqué exactement et surtout lentement (1).

(1) Nous croyons devoir rappeler, à la suite de cette observation, le travail très remarquable que M. le docteur Farabeuf a communiqué à la Société de chirurgie, en janvier 1875 (voy. *Revue des sciences médicales*, 1876, t. VII, p. 681). C'est lui qui nous a fixés définitivement sur le mode de production et sur le traitement des luxations du pouce en arrière, incomplètes, complètes en Z, et complexes avec interposition du ligament glénoïdien. Il nous a montré combien les tractions sont désastreuses dans la luxation en Z; comment l'os sésamoïde « monte en croupe » derrière la phalange sur le métacarpien, et comment c'est lui qui met obstacle à la réduction; comment il faut, pour éviter l'interposition du ligament et la transformation de la luxation simple complète en luxation complexe, maintenir la phalange redressée, et la faire glisser sur le dos du métacarpien « grattant l'os », de façon à « jeter l'osselet par-dessus bord »; comment, ce fait accompli, la phalange suit naturellement l'osselet dans la flexion.

JOURNAL DES JOURNAUX

Contribution à l'histoire épidémiologique et clinique des oreillons, par le docteur H. Fournié, médecin-major de 2e classe. — Les épidémies d'oreillons ont été étudiées depuis quelques années, surtout par des médecins militaires; mais cependant beaucoup de points sont encore obscurs dans leur histoire. Le docteur Fournié a profité des observations recueillies pendant le printemps de l'année 1876, au camp de Saint-Germain-en-Laye, pour donner un ensemble de conclusions épidémiologiques, cliniques et nosologiques, qui serviront certainement à fixer certains de ces points.

L'épidémie de 1876 débuta au printemps et pendant trois mois sévit sur trois escadrons du 24e dragons, c'est-à-dire sur un effectif moyen de 300 hommes. A la même époque existaient dans cette garnison des fièvres éruptives (variole et scarlatine), des érysipèles et une épidémie

d'héméralopie. Des épidémies d'oreillons se montraient en même temps dans les autres villes de France.

L'épidémie a débuté par des cas spontanés et s'est propagée par contagion, soit par foyers et soit par la succession régulière des cas de chaque série après une incubation dont la durée était de vingt jours environ. Les époques critiques, qu'on a observées pendant la durée de l'épidémie, coïncidaient avec des modifications de l'état atmosphérique. La morbidité fut de 7,6 p. 100 ; et les soldats les plus jeunes ont été relativement atteints en plus grand nombre que les plus âgés. Enfin 5 hommes, sur les 24 qui furent soumis à l'influence épidémique, avaient les oreillons pour la seconde fois.

Les localisations glandulaires affectaient les parotides et les sous-maxillaires (dix-neuf fois isolément et quatre fois simultanément avec les testicules.) La résolution a été plus rapide dans les parotides que dans les autres glandes. Chez sept malades seulement on observa de la fièvre ; et ces accès fébriles, qui n'ont pas été critiques, se montraient aussi bien chez ceux qui étaient atteints d'orchite que chez ceux qui n'en souffraient pas. La durée moyenne de la maladie était de quatorze jours.

Des tableaux qui accompagnent ce travail et des observations précédentes, on peut, avec le docteur Fournié, conclure que les oreillons sont voisins, au point de vue des *caractères épidémiologiques*, des maladies éruptives. Ils ont la *marche cyclique* de ces maladies, mais ne possèdent ni la fièvre, ni les exanthèmes des fièvres exanthématiques. Ils diffèrent également du rhumatisme par leur apyrexie, leur prédilection pour le tissu glandulaire, par l'absence de récidives ; de sorte qu'on ne peut douter de l'individualité clinique des oreillons. (*Recueil de Mém. de méd. et de chir. militaires*, p. 509. 1881, septembre et octobre.) — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1882. — Présidence de M. Larrey.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remercîments de MM. Jacob Weill, Longer, Saulgeot, lauréats de l'Académie.

2° Une note de M. Grellety (de Vichy) sur le traitement du hoquet simple par le sucre imbibé de vinaigre de table.

—

M. Depaul, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, rappelle qu'à propos de la présentation faite par M. Hardy de la jeune fille dite : *la tigresse de Neuilly*, il avait exprimé les regrets qu'il éprouvait de cette présentation, prévoyant que les parents de la jeune fille en feraient un moyen de réclame; ces prévisions n'ont pas tardé à se réaliser, car, quelques jours après, on a pu lire à l'enseigne d'une baraque de saltimbanques, élevée au milieu du jardin des Tuileries, à l'occasion de la « Fête de la jeunesse » : La tigresse de Neuilly, *présentée à l'Académie de médecine.* M. Depaul a voulu montrer, en rappelant ce fait, les inconvénients de ces sortes de présentations à l'Académie.

M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Crouzat, son ancien chef de clinique, une brochure intitulée : *Nouveaux éléments de pelvimétrie et de pelvigraphie obstétricales*, et met sous les yeux de ses collègues divers instruments imaginés par l'auteur pour obtenir des résultats meilleurs que ceux obtenus par les autres modes de mensuration du détroit supérieur.

M. Villemin présente, au nom de M. le docteur Sabatier, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *Des températures générale et locale dans les maladies du cœur.*

—

M. Vulpian communique les résultats des essais qu'il a faits dans son service à l'Hôtel-Dieu sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Il rappelle que l'année dernière, en présentant un travail de M. Hallopeau sur le traitement de la fièvre typhoïde à l'aide du sulfate de quinine, du calomel, du salicylate de soude, il ajouta qu'il y aurait intérêt à introduire dans le tube digestif des malades atteints de fièvre typhoïde des substances destinées à détruire le ferment morbide auquel on attribue l'origine de cette maladie ; et que l'on pourrait peut-être, par ce moyen, s'opposer au développement de la maladie ou du moins en modérer l'intensité et en diminuer la durée.

M. Vulpian a fait depuis des essais avec des substances diverses, entre autres l'iodoforme, le salicylate de bismuth, l'acide borique, le phénate de soude et l'acide salicylique.

L'iodoforme ne lui a pas donné de résultats; c'est une substance très peu antiseptique, quoi qu'on en ait dit, et dont les effets, dans la fièvre typhoïde, ont été complètement nuls.

Il a essayé ensuite le salicylate de bismuth, substance très mal définie, dans laquelle il existe de l'acide salicylique libre et peut-être du bismuth. Ce corps, très peu soluble, est très antiseptique. Mêlé à des liquides de macération putride, il rend ceux-ci parfaitement limpides, tue les ferments animés qu'ils contiennent et enlève la mauvaise odeur de ces liquides.

Les résultats de l'emploi du salicylate de bismuth dans la fièvre typhoïde ont été peu satisfaisants; la maladie n'a pas le moins du monde été enrayée; il y a eu cependant une action réelle du médicament, qui a été donné à la dose de 8, 10 et 12 grammes par jour. M. Vulpian a constaté un abaissement considérable de la température des malades, les selles ont été complètement désinfectées et il y a eu amélioration de l'état général; mais, à côté de ces avantages, il y a eu des inconvénients qui ont obligé M. Vulpian à abandonner cette substance : c'est d'abord une dyspnée excessive qui s'est produite deux, trois, quatre ou cinq jours après l'administration du salicylate de bismuth; ce sont ensuite des hémorrhagies nasales et intestinales auxquelles, en dehors de l'influence propre à la maladie, M. Vulpian a cru que le salicylate de bismuth avait pu contribuer dans une certaine mesure.

M. Vulpian a encore essayé l'acide borique, agent antiseptique excellent, qui a été assez bien supporté par les malades, à la dose de 12 grammes par jour dans un litre de limonade tartrique. L'acide borique n'a pas donné de résultats ; ni abaissement de température persistant, ni amélioration de l'état général.

Le phénate de soude, à 9 grammes par jour, a été bien supporté, mais n'a pas davantage donné de résultats tant au point de vue de l'état local qu'au point de vue de l'état général.

M. Vulpian est arrivé à ce résultat qu'il n'est pas possible de modifier la fièvre typhoïde par l'intestin; on a beau détruire le ferment morbide dans la cavité intestinale, cela ne sert absolument à rien. Il est probable que la fièvre typhoïde résulte d'une intoxication du sang comme la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. ; on a beau détruire la matière septique, on n'empêche pas la maladie d'évoluer et de continuer sa marche en produisant toutes ses efflorescences internes et externes.

M. Vulpian espérait modifier le poison dans l'organisme lui-même, modifier l'état du sang consécutif à l'absorption du poison, mais il avoue que, jusqu'à présent, il n'a pas réussi.

Après le phénate de soude, il a employé l'acide salicylique à assez haute dose, 6 à 7 grammes par jour, mélangé soit avec du phosphate de chaux, soit avec du sucre de lait; il a fini par le donner par à la dose de 25 à 30 centigrammes toutes les deux heures jusqu'à concurrence de 6 à 7 grammes dans les 24 heures. Il n'a jamais observé d'accidents, sauf, chez quelques jeunes gens, qui ont présenté des symptômes de salicylisme cérébral, un délire d'une allure particulière, dans laquelle M. Vulpian crut pouvoir reconnaître l'influence de l'acide salicylique, car la suppression de cette substance faisait disparaître immédiatement le délire. Il y a eu également, chez les malades ainsi traités, un peu d'albuminurie, mais ce phénomène doit être bien plutôt attribué à la maladie, dans laquelle on l'observe fréquemment, qu'à l'influence du médicament, car on l'a constatée avant l'emploi de l'acide salicylique, et plus ou moins longtemps après la suspension de cet emploi.

L'acide salicylique n'a, du reste, déterminé, comme le salicylate de bismuth, ni dyspnée, ni hémorrhagie nasale ou intestinale. En somme, les accidents se sont bornés à un peu d'excitation cérébrale que la cessation du médicament a fait immédiatement disparaître.

Mais l'acide salicylique a donné lieu à des effets qui ont vivement frappé l'attention de M. Vulpian : il a toujours déterminé un abaissement de température considérable, obtenu en très peu de temps, c'est-à-dire qu'au bout de 48 heures, la température s'abaissait de 40°5 à 37°5.

Un pareil abaissement a été également obtenu par l'acide phénique, mais d'une manière passagère, tandis qu'avec l'acide salicylique, cet effet a été persistant, à la condition, toutefois, de continuer l'usage du médicament.

Il s'est produit, en même temps, une amélioration de l'état général tout à fait remarquable, une sorte de changement à vue se manifestant par la diminution considérable de la prostration, de l'agitation nocturne, et par un soulagement très marqué, accusé par les malades qui se sentaient pour ainsi dire transformés. Ces effets ont été beaucoup plus marqués dans les cas légers ou moyens que dans les cas graves.

Les effets de l'acide salicylique ne sont jamais allés au delà d'un abaissement de la température et de l'amélioration de l'état général; jamais M. Vulpian n'a constaté de diminution dans la durée de la maladie. Quant à l'influence de ce mode de traitement sur la mortalité de la fièvre typhoïde, il faudrait, pour l'apprécier, une statistique beaucoup plus considérable que celle de quinze ou vingt cas observés par M. Vulpian.

Quoi qu'il en soit, il résulte des essais de M. Vulpian que l'acide salicylique doit être consi-

déré comme un médicament très actif, ayant une influence considérable sur la température et sur l'état général des malades atteints de fièvre typhoïde; comme un des modérateurs les plus puissants qui aient été employés jusqu'à présent dans cette maladie. Dans les expériences comparatives qu'il a faites sur des malades atteints de fièvre typhoïde d'égale intensité, M. Vulpian a vu l'acide salicylique produire des effets de beaucoup supérieurs à ceux du sulfate de quinine, de l'acide borique, du phénate de soude, etc.

M. Vulpian s'est assuré de la réalité de l'influence de l'acide salicylique en cessant et reprenant tour à tour l'emploi de ce médicament; chaque fois que l'on cessait de donner l'acide salicylique, la température générale s'élevait, dès le soir même, de plusieurs dixièmes de degré à un degré et davantage; chaque fois que le médicament était repris, la température diminuait et tombait, en quarante-huit heures, de 40°5 par exemple, à 38°6, 38°2 et au-dessous. M. Vulpian a vu le médicament, continué pendant la convalescence, faire descendre la température au-dessous de la normale, au-dessous même de 36°, à 35°4, par exemple.

M. Vulpian n'a pas fait d'expériences sur les individus sains, au point de vue de l'action de l'acide salicylique sur la température.

Comme conclusions de ses expériences, M. Vulpian déclare que, sans constituer un agent véritablement curatif de la fièvre typhoïde, l'acide salicylique exerce réellement sur cette maladie une action modératrice assez puissante pour mériter de prendre place parmi les meilleurs modes de traitement de cette maladie. Il se demande, en outre, si cette substance ne pourrait pas être employée comme moyen prophylactique dans les épidémies de fièvre typhoïde, et si l'ingestion quotidienne de ce médicament n'aurait pas pour effet d'annihiler l'action du poison typhique. Les expériences faites en Allemagne et ailleurs, sur des individus a l'état sain, ont d'ailleurs démontré que l'acide salicylique peut être donné, sans inconvénient, à la dose quotidienne de 2 grammes par jour.

M. H. Roger demande à M. Vulpian comment, dans ses expériences, il a administré l'acide salicylique.

M. Vulpian répond qu'il a donné ce médicament en nature, sous forme de poudre qu'il faisait prendre dans du pain azyme; il faisait boire immédiatement après un peu de bouillon ou de vin. Il a rencontré quelques difficultés chez certains malades, mais, en général, le médicament a été facilement accepté et bien supporté.

(Nous publierons la discussion dans le prochain numéro.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 11 au 17 août 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,100. — Fièvre typhoïde, 106. — Variole, 8. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 36. — Dysenterie, 2. — Érysipèle, 7. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 23. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchites aiguës, 13. — Pneumonie, 45. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 102 ; au sein et mixte, 66. inconnus, 9.—Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83 ; circulatoire, 43 ; respiratoire, 60 ; digestif, 62 ; génito-urinaire, 21 ; de la peau et du tissu lamineux, 7 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 5. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 33e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,279 naissances et 1100 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 906, 929, 925, 986. Le chiffre de 1,100 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Diphthérie (36 décès au lieu de 42 pendant la 32e semaine), l'Infection puerpérale (1 au lieu de 6) ;

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (106 décès au lieu de 47), la Scarlatine (5 au lieu de 2), de l'Érysipèle (7 au lieu de 4).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 8 décès Variole (au lieu de 7) ; 13 par Rougeole (au lieu de 14) ; 1 par Coqueluche (au lieu de 2).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (21 malades reçus du 7 au 13 août, au lieu de 25 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphtérie (24 au lieu de 26), et supérieur pour la Fièvre typhoïde (338 au lieu de 208).

L'Épidémie typhique, dont nos précédents numéros constataient les progrès, a pris, dans ces derniers jours, un développement exceptionnel. Le bulletin de cette semaine accuse un chiffre de 106 décès par cette cause sur lesquels 8 ont été fournis par la garnison. En outre les renseignements qui nous sont donnés sur la morbidité sont toujours défavorables. Le chiffre des admissions dans les hôpitaux a été de 338, dépassant de plus de 100 celui, déjà si élevé de la 32ᵉ semaine. D'après les documents fournis par l'Assistance publique, on comptait dans les établissements hospitaliers, le 13 août au soir, 637 malades atteints de Fièvre typhoïde. Par ce chiffre, on peut juger combien doit être considérable le nombre des malades qui reçoivent des soins à domicile.

La distribution des décès typhiques entre les différents quartiers de Paris est fort inégale. A l'est, les 10ᵉ, 11ᵉ et 12ᵉ arrondissements ont compté un grand nombre de victimes; au contraire le côté ouest de la ville, par les 8ᵉ, 16ᵉ et 17ᵉ arrondissements, est demeuré presque indemne. Nous noterons toutefois qu'un certain nombre de cas d'invasion dans ces arrrondissements viennent de nous être signalés par nos confrères, ce qui fait craindre que cette heureuse immunité relative ne se continue pas.

L'élévation du taux de la mertalité n'est pas seulement imputable à la fièvre typhoïde. Le nombre des décès par athrepsie s'est aussi accru dans de grandes proportions : il a été cette semaine de 117 contre 115 qui avait été le chiffre de la 32ᵉ semaine.

Dʳ BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

PILULES ANTIDIARRHÉIQUES. — HUCHARD.

Extrait de ratanhia, extrait de monésia, colombo pulv., poudre de Dower, *ãã*. .	2 grammes.
Huile essentielle d'anis.	2 gouttes.

F. s. a. 40 pilules. — De 6 à 10 par jour, dans les diarrhées chroniques. — N. G.

SOLUTION CONTRE L'ASTHME. — HUCHARD.

Iodure de potassium, teinture alcoolique de lobélie, teinture alcoolique de polygala, *ãã*	10 grammes.
Extrait thébaïque.	0 gʳ 10 centigr.
Eau distillée	300 —

F. s. a. une solution, dont vous donnerez une cuillerée à soupe, matin et soir, pour combattre les accès d'asthme accompagnés de catarrhe bronchique. — N. G.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du célèbre professeur de clinique à l'université de Turin, M. Luigi Concato.

ÉPIDÉMIES. — D'une dépêche reçue à Bordeaux et datée de Gorée, il résulterait que l'état sanitaire paraissait s'améliorer. Huit décès causés par la fièvre jaune avaient été constatés jusqu'au 11 août, mais les six malades qui étaient à l'hôpital au moment du départ du paquebot le *Sénégal*, étaient en bonne voie de guérison. On affirmait de plus que Dakar, Rufisque et Saint-Louis étaient indemnes.

Par contre, d'après le journal le *Temps*, le choléra aurait fait de nouveau son apparition en Europe. En effet, depuis quelque temps déjà des bruits persistants signalaient la présence de cette affection en Arabie et en Égypte; mais le fléau n'ayant pas pris d'extension, peu à peu les craintes s'étaient dissipées.

Voici maintenant que diverses dépêches annoncent que l'épidémie cholérique sévit à Varsovie, où, depuis le 4 août, soixante-huit personnes ont été atteintes, sur lesquelles vingt-sept ont succombé.

Enfin, on télégraphie de Limerick qu'un navire ayant eu à bord deux cas de choléra asiatique, est arrivé à Feynes et a été soumis à la quarantaine.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SUR L'AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS DANS LE CAS DE CANCER DE CET ORGANE;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 avril 1882,

Par M. POLAILLON.

Messieurs, en vous présentant des pièces de cols cancéreux, que j'ai amputés, j'ai l'intention de faire quelques réflexions sur ce que l'on peut tenter pour guérir ou soulager cette maladie si terrible et si fréquente.

En 1829, Récamier (Recherches sur le traitement du cancer, tome I, 1829) imagina, le premier en France, d'enlever l'utérus cancéreux. Mais, après quelques tentatives, cette opération fut bien vite abandonnée et oubliée.

Dans ces dernières années, les succès de l'ovariotomie, les succès plus rares de l'hystérectomie, dans les cas de tumeurs fibreuses, ont porté quelques chirurgiens étrangers à faire revivre l'idée de Récamier.

Ils ont procédé à l'ablation totale de l'utérus de deux manières différentes : par la voix abdominale et par la voie vaginale. Cette dernière opération est un peu moins grave que celle qui ouvre la paroi abdominale; mais elle est impraticable lorsque l'utérus est trop volumineux pour être extirpé par le vagin. Les résultats généraux de ces opérations sont lamentables : une statistique due à West donne 22 morts sur 25 opérations, une autre, due à Osterloh (Schmidt's Jahrb. 1879), comprend 54 cas, dont 36 terminés par la mort, 16 guérisons et 2 opérations incomplètes. Dans les cas malheureux, la mort arrive en quelques heures par le choc, l'hémorrhagie, la septicémie rapide; et dans les cas dits heureux, où l'on a pu

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — L'hydrologie d'autrefois et celle d'aujourd'hui. — Les médecins en vacances. — Le physiologiste chasseur. — Gibelottes médicales. — L'agoramanie. — Vénus et Mercure aux bains de mer. — Grues et mouettes. — Madame Bibi. — Départ pour la petite Guyane.

Qu'en pensez-vous, chers lecteurs? Il est en ce moment, dans notre confrérie, un bon nombre de médecins qui ne doivent pas être satisfaits.

Voici d'abord les médecins des eaux minérales. Je n'entends pas parler de la question controversée et toujours ouverte de l'inspectorat. Nos hommes politiques sont en vacances et, d'ailleurs, leur attention est ailleurs. Mais l'inclémente saison estivale devrait être, il vous semble, pour ces confrères, une cause de plus grand ennui.

Emule des anciens mages, à ce point de vue du moins, tout hydropathe est, à mon avis, un adorateur plus ou moins fervent du soleil. La chaleur de l'astre, si cher aux rhumatisants, ne contribue-t-elle pas pour une certaine part à faire aussi leur fortune? Loin de moi l'intention d'ajouter ici un nouveau paragraphe aux *Géorgiques*; mais ce soleil qui permet aux laboureurs de faire leurs orges, aux vignerons de faire leur vin, n'est pas moins utile à nos hydropathes pour faire... leur eaux.

Je fais des vœux sincères pour que leur gerbe d'or, en août et septembre, ne soit pas trop compromise par les intempéries de ce maussade et pluvieux été. Que les divinités aquatiques daignent donc m'entendre!

suivre la malade pendant quelques semaines ou quelques mois, on voit la récidive avoir lieu à bref délai.

Je sais bien qu'avec des précautions minutieuses on a pu obtenir tout récemment une mortalité immédiate un peu moins forte, mais on n'en reste pas moins désarmé contre la récidive. Or, la récidive tient en partie aux obscurités du diagnostic et par suite à l'époque trop tardive, où ce diagnostic étant établi, l'opération paraît indispensable.

L'impossibilité de reconnaître si le cancer de l'utérus est limité à cet organe ou s'il ne s'étend pas au tissu cellulaire périphérique, aux lymphatiques et aux ganglions des ligaments larges et du bassin, rend l'ablation tout à fait aléatoire. En effet, supposons que le tissu cellulaire et les ganglions du voisinage soient envahis, l'ablation sera au moins inutile, car si la patiente en réchappe, elle succombera certainement aux progrès d'un mal incomplètement enlevé. On lui fera courir d'immenses dangers pour n'aboutir à aucun résultat favorable. Supposons, au contraire, que le cancer ne soit pas sorti de l'utérus, ce qui arrive tout à fait au début de l'affection, l'ablation totale pourra alors amener une guérison, mais on ne sera pas conduit à opérer d'une manière si hâtive faute d'une indication précise.

Non-seulement le diagnostic des limites du cancer de l'utérus est entouré d'inconnues, mais encore il est fort difficile de reconnaître la nature du mal à la première période de son évolution, c'est-à-dire au moment où il serait indiqué d'opérer. A ce point de vue, il faut distinguer le cancer de l'utérus selon qu'il siège dans le corps ou dans le col. Dans le premier cas, les difficultés du diagnostic sont excessives : on n'a pour se guider qu'un peu de tuméfaction, quelquefois des pertes de sang et des douleurs; mais qui peut dire que cette tuméfaction, que l'on sent au niveau du corps, est produite par un cancer commençant, plutôt que par une métrite chronique ou par une tumeur bénigne telle qu'un fibrome? Enlèvera-t-on le corps de l'utérus, ou l'utérus tout entier, sur un simple soupçon de cancer? Non sans doute. On attendra que le diagnostic soit confirmé, principalement par les écoulements fétides spéciaux. A ce moment, l'opération est ordinairement trop tardive pour sauver les malades.

Ainsi l'incertitude du diagnostic touchant la nature et les limites du mal est la principale cause qui doit faire abandonner, jusqu'à nouvel ordre, l'ablation complète de l'utérus, et même l'ablation isolée du corps de cet organe, dans les cas de cancer.

***

Ces circonstances seraient assurément fort déplaisantes pour les aimables médecins des stations thermales. Aimables ! Ils le sont tous. Car, si j'en crois ma propre expérience et la tradition, un confrère hydropathe est toujours aimable. Affaire d'habitude sans doute. On sait que le commerce des Muses rend quelque peu poète. Le commerce de ces nymphes humides et enchanteresses de notre beau pays de France possède aussi cet avantage.

A ce point de vue, l'hydriatique n'apparaît pas sous un jour trop austère. C'est une des causes qui contribue à faire passer dans les mœurs nationales, cette branche ancienne et toujours jeune de l'art médical.

Combien en effet, depuis 1605, pour ne pas remonter plus haut dans l'histoire, se sont multipliées les fontaines françaises? L'autre jour, je parcourais une de ces plaquettes qui sont la joie des bibliomanes. Ecrite en 1605, par le sieur Jean Banc, docteur en médecine de Moulins en Bourbonnais, elle porte pour titre : *La mémoire renouvelée des merveilles des eaux minérales, en faveur de nos nymphes françaises et des malades qui ont recours à leurs emplois salutaires.* Le titre ne justifie-t-il pas mon assertion de tout à l'heure? A ce style fleuri, à ce culte de la forme et de la grâce, un peu prétentieux peut-être, ne reconnaissez-vous pas un Esculape favori des Naïades, chéri des Néréides, et adoré des Potamides !...

Au temps de Jean Banc l'hydrologue, les eaux froides « étaient celles de Pougues en la pro- « vince de Nivernois, Saint-Pardou et Vichy en Bourbonnois, Saint-Myon en Auvergne, Saint- « Alban en Forest et Bardon près la ville de Moulins. » Ah! Monsieur Jean Banc, médecin de Moulins, vous ne vous oubliez pas. M. Josse est éternel, même quand il prend votre nom. Aussi M. Jean Banc recevait des quatrains, et la magistrature elle-même enfourchait Pégase pour célébrer ses mérites :

Mais, par une circonstance très favorable, le cancer de l'utérus commence souvent par le col. Là, le diagnostic, au début, est relativement facile, parce qu'on peut explorer directement l'organe malade.

Sans entrer dans tous les détails de ce diagnostic, qu'il me suffise de rappeler que le cancer du col se présente sous trois formes principales : la *forme tubéreuse*, qui se caractérise par des inégalités dures, plus ou moins douloureuses, appartient surtout au carcinome; la *forme ulcéreuse*, rongeante, appartient à une période plus avancée du carcinome et surtout à l'épithéliome; la *forme végétante* indique, presque toujours, que l'on a affaire à un épithéliome.

La forme tubéreuse et la forme végétante sont faciles à diagnostiquer. Il n'en est pas de même pour la forme ulcéreuse, que l'on peut confondre avec les ulcérations bénignes si fréquentes sur le col de l'utérus. La consistance dure qui accompagne l'ulcération cancéreuse et son aspect rongeant sont de bons signes ; mais, si l'on conserve des doutes, on peut essayer l'effet d'une cautérisation légère au nitrate d'argent: dans le cas d'une ulcération simple, la maladie sera modifiée favorablement; dans le cas d'une ulcération cancéreuse, l'effet sera nul ou même il y aura aggravation. Enfin, on peut toujours arriver à un diagnostic certain en enlevant une parcelle de tissu pour le soumettre à l'examen microscopique.

Lorsque le cancer a été reconnu et lorsqu'on a bien constaté que le mal est limité aux lèvres du col, l'indication pressante est de faire l'ablation de cet organe *le plus tôt possible*. En amputant le col au-dessus des points affectés, on obtient souvent une guérison définitive, et, dans tous les cas, on n'expose pas les jours de la patiente par une opération dangereuse.

L'amputation du col est donc une opération curative du cancer de cet organe au même titre que l'ablation large et précoce d'un cancroïde de la lèvre ou de la langue est curative de ces affections.

Le meilleur procédé opératoire est sans contredit la section avec l'anse galvanique. L'instrument tranchant provoque presque toujours des hémorrhagies immédiates sérieuses. L'écraseur linéaire lui-même peut produire cet accident, même lorsqu'on le manœuvre avec beaucoup de lenteur. Le thermo-cautère a l'inconvénient de ne pouvoir agir qu'après l'abaissement préalable du col jusqu'à la vulve par des tractions douloureuses et nuisibles. Avec l'anse galvanique, au contraire, l'utérus reste en place; le fil sectionne au point précis où on l'a placé, et, dans les

---

Beaux bains, belle eau, grand Banc, qu'on vous face la guerre!
La mort lève son ban et son arrière-ban!
Votre los immortel courra toute la terre;
Le ban par ses beaux bains, ces beaux bains par le Ban!

*
* *

L'advocat Corbin, du Parlement de Paris, sacrifiait donc aux Muses! Savourez donc ces vers de la basoche de 1605, et respirez la vieille poussière de ce vieux livre si vous êtes bibliomane, ce que je ne vous souhaite pas, chers lecteurs. En fait de vers, je préfère une page des *Orientales;* n'êtes-vous pas de mon avis?

Mais je continue et j'abrège cette énumération. Les autres sources étaient celles « d'Ancause « au pays de Gascogne, au pied des monts Pyrénées, de Ville-Comte et des Martres, en la « province d'Auvergne, les deux Bourbons, l'Ancys en Bourgogne, l'Archambault et Vichy « en Bourbonnois, Esvaon en Combrailles, Chaudes-Aigues et le Mont-Dore qu'on appelle « bains d'Auvergne, et enfin Baringes, Banères et Barbotin en la province de Gascogne, Bala- « ruc en Languedoc. » Et c'est tout.

Il y a loin de ces ressources hydro-minérales à celles de notre époque! Eprouvez-vous un accès de statistique? Voulez-vous vérifier le fait et vous rendre un compte exact de cette multplication des eaux? Prenez l'annuaire de l'Union Médicale; vous y constaterez que les naïades françaises de 1882 sont cataloguées au nombre de deux cents au moins. C'est autant, sinon plus, que les nymphes du corps de ballet de l'Opéra!

Allez donc, après cela, exporter vos malades en Autriche ou en Allemagne! Vraiment vous seriez sans excuse et il faudrait être *germanophile* ou *germanomane* pour déclarer que la gamme des eaux françaises ne répond pas à tous les besoins de la thérapeutique!

nombreuses amputations de col que j'ai pratiquées, je n'ai jamais vu d'hémorrhagies primitives.

Mais, avec l'anse galvanique, j'ai vu survenir deux accidents que je dois signaler malgré leur rareté. L'un est primitif, c'est l'*ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin;* l'autre est consécutif à l'opération, c'est l'*hémorrhagie secondaire.*

Bien que je m'étudie toujours, en plaçant le fil de platine autour du col, à apporter le plus grand soin à ne pas comprendre dans l'anse galvanique un repli du cul-de-sac postérieur du vagin, cet accident m'est arrivé dans le cas particulier que je vais rapporter. Après la section, je m'aperçus que le péritoine avait été ouvert. Mais, comme il n'y avait point d'écoulement de sang, comme d'ailleurs ce n'étai, pas la première fois que cette ouverture avait eu lieu dans des opérations analogues sans que le résultat final eut été compromis, je ne désespérai pas du succès de mon opération, et, en effet, la malade a guéri.

OBS. I. *Epithélioma du col; amputation avec l'anse galvanique; ouverture du péritoine au niveau du cul-de-sac recto-vaginal; guérison.*

Mme X..., d'une bonne santé habituelle, a vu survenir, depuis trois ou quatre mois, des métrorrhagies extrêmement abondantes. Mandé en consultation, je constate que le col utérin est volumineux, de consistance inégale, dur en certains points, mou dans d'autres points, ce qui donne la sensation de bosselures grosses comme des noyaux de cerises. Ces duretés occupent seulement les lèvres; la consistance du tissu utérin est normale au niveau de l'insertion du vagin, et le corps de l'utérus, qui est mobile, paraît sain. Au spéculum, je constate l'aspect bosselé des lèvres. L'orifice est large, circonscrit par une muqueuse très rouge, manifestement hypertrophiée et excoriée. Cette muqueuse forme des plis et des froncements comme la muqueuse de l'intestin qui fait procidence au niveau d'un anus contre-nature. L'examen, au toucher et au spéculum, provoque un notable écoulement de sang et une douleur assez vive.

La malade est profondément anémiée. Elle a des pesanteurs dans le ventre et dans les reins, et quelquefois des élancements douloureux. Elle approche de la ménopause, car elle a 43 ans environ. Elle n'a jamais souffert de la matrice avant ces derniers mois.

L'aspect particulier du col ne se rapporte ni a un engorgement inflammatoire subaigu et localisé au col, ni à la présence de corps fibreux dans le col. Je m'arrête à l'idée d'un néoplasme malin commençant. Comme le corps de l'utérus et les annexes paraissent indemnes, je propose d'enlever le mal en amputant le col utérin.

L'opération fut faite le 10 novembre 1881 avec l'anse galvanique, dans une petite ville d'un département voisin. Je n'avais qu'un seul aide, qui était le médecin de la localité, M. le doc-

---

D'ailleurs, au moment où je termine, j'apprends que mes alarmes ne sont pas justifiées. Le ciel, inclément pour nous autres Parisiens, favorise un bon nombre de nos stations hydro-minérales. Les buveurs d'eaux ont donc aussi leur Dieu!

***

Ils ont leurs dieux protecteurs, en effet; nous autres nous n'en possédons pas! Et cependant nous mériterions bien un sourire du ciel; et nous n'en avons que les larmes sous forme de pluies renouvelées du déluge! Nos confrères en villégiature où à la mer ne sont guère plus heureux que nous. Les avez-vous entendus, chers lecteurs, quant ils nous faisaient leurs adieux : « Ah! pauvre ami, vous restez! cher ami, que je vous plains! Moi, confrère, je vais en vacances. *Deus mihi hæc otia fecit!* Je m'envole! Vivent les grands bois; les plages de sable fin; les hauts sommets des Alpes! Vivent les vacances! Adieu, infortuné sédentaire! Adieu, condamné aux travaux forcés! » — Eh bien, convenez-en, cette année du moins, le ciel nous venge!

Vous voilà, confrères narquois, confrères voyageurs, condamnés à rester au logis, et le logis actuel est souvent la chambre d'auberge. Battez donc le rappel du beau temps sur les vitres de votre croisée. La pluie tombe, le brouillard fait rideau devant le paysage. Adieu les vastes horizons! adieu les vertes prairies! L'heure du retour à Paris viendra peut-être avant la fin des pluies. Quelle amère déception! Vous méditez, mais ce n'est pas dans le silence des grand bois. Vous songez avec mélancolie peut-être, et à la campagne,

Que faire, *lorsqu'il pleut,* à moins que l'on ne songe!

De l'eau! de l'eau! toujours de l'eau! Telle est la réponse du ciel moqueur aux affamés de

teur Sève. Le col fut saisi avec des pinces de Museux, et l'anse de platine fut méthodiquement placée très haut au niveau de l'insertion du vagin sur le col. La pile marcha assez irrégulièrement, ce qui nous obligea à faire des mouvements qui déplacèrent l'anse galvanique en haut, ou à trop attirer en bas le col de l'utérus. Bref un pli de la muqueuse et des tissus qui constituent le cul-de-sac postérieur du vagin, fut compris dans l'anse galvanique, et, après la section du col, je m'aperçus que le péritoine était ouvert.

En présence de cet accident grave, je pris toutes mes précautions pour en conjurer les conséquences. Je constatai d'abord que le doigt ne pénétrait pas dans la cavité péritonéale, parce que les lèvres de la solution de continuité avaient été soudées par la striction et la cautérisation lentes produites par le fil de platine. Je plaçai alors dans le fond du vagin deux tampons d'ouate imbibés d'eau phéniquée au quarantième. Compresses phéniquées sur la vulve. Repos absolu dans le décubitus horizontal, Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Obligé de revenir à Paris, la malade fut admirablement soignée, d'après mes indications, par mon honorable confrère. C'est d'après les notes très précises qu'il m'a envoyées, que je donne la suite de l'observation.

Peu après l'opération, la malade eut une demi-syncope dont elle s'est vite remise.

A neuf heures du soir, les tampons sont enlevés. Injection phéniquée dans le vagin. Pilule de 5 centig. d'extrait thébaïque. P. 88. T. A. 36°,9. Nuit très bonne.

11 novembre. Injection phéniquée matin et soir. Cathétérisme de la vessie. Lait comme boisson et aliment, Matin, P. 100; T. 38. Soir, P. 104; T. 39°,2.

Le soir, elle se plaint de ne pouvoir rendre des gaz, qui lui causent de vives coliques et de l'agitation. De onze heures à minuit, deux vomissements. Injection de 1 centigramme de morphine.

12 novembre. Matin, P. 100; T. 38°8; Resp. 19. Ballonnement du ventre. Onctions avec onguent mercuriel belladoné. Vessie de glace sur le ventre. Bouillon, lait et cognac glacés.

Dans l'après-midi, les gaz sont expulsés par l'anus et le météorisme cesse. Soir, P. 100; T. 38°,4.

13. Appétit; mais on ne donne que du lait et du bouillon toutes les heures. La malade éprouve un grand bien-être après chaque injection phéniquée. Matin, P. 100; T. 38°,4. Soir, P. 96; T. 38,2.

14. La malade est très bien. On la sonde toujours. Matin, P. 92; T. 38. Soir, P. 92; T. 37°,8.

15. Matin, P. 88, 37°,8. Soir, P. 88; T. 38.

16. La température tombe à 37°,4 et le pouls à 80.

17. La malade garde toujours le repos au lit et même l'immobilité. Néanmoins elle reprend des forces. Il y a eu un peu de suintement de sang par le vagin. Température normale. Pouls normal.

---

chaleur, qui réclament un peu de sécheresse, et prennent les attitudes suppliantes du savoyard du coin du pont, pour demander humblement un rayon de soleil, un modeste, un petit rayon de soleil! Mais il pleut toujours; les cataractes du ciel sont ouvertes..... Ce qui, l'autre jour, faisait écrire à un calino littéraire, trempé jusqu'aux os: Quelles cataractes! mon Dieu, quelles cataractes! Et dire qu'elles sont rebelles aux plus habiles de nos oculistes! O brillant soleil, que deviens-tu! Tu te caches et nous vivons! Vanité du proverbe: *Qui dat lucem, vitam dat.*

***

Il n'en est pas moins vrai que les regrets causés par le départ de nos vagabonds voyageurs, sont tempérés par un sourire! Nos médecins en vacances ont leurs plaisirs assurément. La chasse, allez-vous me dire? Quelquefois. Il est parmi nos confrères citadins d'infatigables Nemrods. Je connais même un de ces savants passionnés qui dans ces plaisirs cynégétiques trouve place pour la physiologie expérimentale. C'est une Minerve barbue ayant pris pou fourniment le carquois de Diane! D'ailleurs, Harvey n'observait-il pas la circulation du sang sur des biches blessées?

C'est ainsi que lièvre, perdrix et lapin, atteints du plomb meurtrier, ont pu, avant d'arriver à la casserole, servir aux recherches originales du physiologiste chasseur! Ne préférez-vous pas cette manière d'utiliser Jean lapin, aux gibelottes scientifiques de certains de nos expérimentateurs!

Vous n'avez peut-être pas la passion de ce plaisir souvent plus bruyant que meurtrier. Vous n'êtes peut-être pas de la secte de saint Hubert; préférez-vous alors les plaisirs plus calmes du pêcheur en eau douce?

J'en connais parmi vous, chers lecteurs, qui loin de Paris et de leur clientèle se livrent à

19. Après l'administration d'une petite dose d'huile de ricin, deux garde-robes sans accident. Alimentation substantielle.

28. La malade se lève pour la première fois. Les jours suivants, le rétablissement se prononce de plus en plus.

14 décembre. Le toucher vaginal constate au fond du vagin un infundibulum où l'on sent l'ouverture de l'utérus. Cette exploration n'est pas douloureuse. Avec le spéculum, on voit que la section du col est parfaitement cicatrisée, lisse, rosée, sans bourgeons saignants. En ouvrant le spéculum de Cusco le plus possible, on ne provoque aucun suintement de sang, preuve que la cicatrisation est bien complète et que la cicatrice est solide.

Jusqu'à ce jour la malade est complètement guérie.

Examen du col enlevé. — La pièce, que je mets sous les yeux de la Société, montre qu'en avant et sur les côtés le col utérin a été sectionné au niveau de son insertion vaginale ; mais qu'en arrière une portion du cul-de-sac vaginal est comprise dans la section. Une étendue de péritoine de deux centimètres et demi en hauteur et en largeur a été enlevée. La section du repli péritonéal forme une plaie linéaire, transversale, dont les bords s'accolent naturellement.

L'examen microscopique a confirmé l'existence d'un cancer au début d'origine glandulaire, avec vascularisation extrême des tissus. Toutes les parties malades ont été enlevées.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. MAREY présente un mémoire de M. G. Félizet *Sur la guérison du diabète sucré.*

« Mes premières recherches sur ce sujet remontent à 1877 ; j'ai actuellement quinze observations de diabète traité avec succès par le bromure de potassium.

C'est en m'inspirant des expériences mémorables dans lesquelles Claude Bernard parvint à reproduire, en 1849, le diabète, ou plutôt la glycosurie, chez les animaux, que j'ai tenté d'obtenir la guérison complète d'une maladie réputée à peu près incurable. J'ai l'espoir d'apporter une confirmation clinique aux idées que le grand physiologiste français avait conçues, dans une intuition de génie, sur la nature nerveuse du diabète.

En fait, mon travail n'est que la contre-partie de l'expérience fondamentale de Claude Bernard. Il a montré comment l'irritation d'une zone déterminée du bulbe rachidien exaspère la fonction glycogénique du foie et produit la glycosurie. Mes expériences m'ont permis d'enrayer cette glycosurie artificiellement produite chez les animaux. Les observations dont cette note résume les résultats, en montrant que le médicament qui supprime la glycosurie en

---

cette modeste réjouissance. Vous trouvez dans ce goût l'indice certain de la douceur et de la patience du caractère, qualités toujours aimées du malade !

Quelle variété dans les plaisirs de nos confrères en vacances ! Mais il pleut ! Le fusil Lefaucheux, devenu pour les uns l'attribut d'Esculape, va rater ! Pour les autres plus pacifiques, la friture est compromise, cette friture qui est un idéal ! Et il devient impossible de transformer le serpent de la science en une frétillante anguille d'eau douce !

Parmi ces distingués pêcheurs, j'en connais un, savant maître dans les hôpitaux. Vous le connaissez peut-être aussi, chers lecteurs ? Eh bien, cet habile médecin n'est pas moins adroit à lancer l'épervier qu'au lit du malade. Pêchez donc ! cher maître ! pêchez en paix ! Quiconque aura bien pêché devra nécessairement beaucoup récolter ! C'est le vœu que Némo vous adresse !

***

Pour écrire la monographie du médecin en vacances, je devrais d'abord suivre l'exemple général. Il faudrait, pour le moins, éprouver par soi-même ce besoin de migration qui, à certains mois de l'année, devient un penchant, une impulsion irrésistible, une sorte d'*agoramanie* pour un grand nombre de nos contemporains.

Les pathologistes voient sans doute dans ce phénomène une affection nerveuse ! C'est l'hallucination des déplacements ! Soit ! Les anthropologistes les moins prosaïques, et vous savez combien rares sont les poètes dans cette classe de savants, les anthropologistes donc y reconnaîtront une habitude ancestrale ! Ceux-là, je ne m'y arrête pas. Les naturalistes, gens qui aiment à classer, cataloguer, numéroter, qui passent plus ou moins leur vie à empailler, à mettre en vitrines, en flacons ou en boîtes les trois règnes de la nature, les naturalistes

quelques heures guérit également le diabète en quelques semaines ou en quelques mois, ces expériences et ces observations permettent d'affirmer qu'il existe un lien entre la glycosurie artificielle, le diabète intermittent et le diabète avéré, et que ce lien, c'est l'*irritation du bulbe*.

Ce n'est donc pas en masquant la maladie par la soumission aux sévérités d'un régime exempt de pain, de féculents, de sucre, etc., qu'on arrive à la guérir, mais en tarissant la source même de la production du sucre, c'est-à-dire en supprimant l'irritation du bulbe rachidien.

Le bromure de potassium, par l'action élective de sédation qu'il exerce sur les fonctions du bulbe, supprime les effets de cette irritation avec une rapidité parfois surprenante; par doses massives et soutenues, il guérit le diabète.

Les tableaux graphiques qui sont joints à mon mémoire montrent les courbes de la décroissance du sucre sous l'influence du bromure; ils font voir, en outre, l'espèce d'antagonisme qui existerait entre les quantités respectives de la glycose et de l'urée; ils fournissent ainsi, dans la question encore si obscure des combustions et des échanges, les éléments d'une solution à l'un des problèmes les plus curieux de la machine animale. »

M. H. Geoffroy adresse une note *Sur un nouveau procédé d'isolement des fils électriques.*

« L'attention publique ayant été vivement surexcitée par plusieurs accidents provenant de l'imparfait isolement des fils électriques, je prends la liberté de soumettre à l'Académie un procédé nouveau qui me paraît de nature à supprimer radicalement toutes les chances d'incendie, même lorsque les fils se trouvent en contact avec des matières combustibles.

Ce procédé consiste à recouvrir les fils conducteurs d'un enroulement de fibres d'amiante et à les placer ensuite dans un tube en plomb, comme on le fait ordinairement.

D'expériences exécutées à Paris par M. Henri Lippmann, ingénieur de *The Faure electric accumulator Company,* et que je suis en mesure de répéter, il résulte qu'un fil, conforme à l'échantillon que j'ai l'honneur de joindre à mon mémoire, peut être entièrement volatilisé sans que l'étincelle se communique au dehors. Quoique l'expérience ait été exécutée avec un courant puissant, sur une courte longueur où toute la chaleur se trouvait, pour ainsi dire, condensée, le plomb n'a manifesté aucun commencement de fusion. La volatilisation, qu'il serait très intéressant de répéter dans les cours, est l'affaire d'un dixième de seconde. Le plomb ne peut pas fondre, parce que, le cuivre étant brûlé, le courant se trouve interrompu.

Une autre expérience, facile à faire, prouve que l'isolement électrique est très satisfaisant et qu'aucune portion du courant ne se dérive par l'intermédiaire de l'amiante. »

M. L. Pagel adresse un note relative à sa méthode pour obtenir la longitude par les distances lunaires.

M. G. de Lalagade adresse une note concernant un *phonogalvanomètre* permettant de

---

compareront peut-être nos concitoyens migrateurs aux voyageurs de la gent emplumée. Soit encore! Mais à quoi bon discuter?

Voici, par exemple, nos Parisiennes. Chaque année, au retour des cailles dans nos climats, singulière coïncidence! les unes arrivent, les autres partent. Elles prennent leur vol, tirent de l'aile et vont faire nid au bord de l'Océan, en Auvergne, aux Pyrénées, ou plus simplement et moins loin, dans les campagnes de l'Isle de France.

Eh bien, chers confrères, à l'égard de mes aimables et toujours gracieuses compatriotes, il n'est pas nécessaire d'insister. Le problème n'est pas du domaine de l'austère pathologie ni de la sérieuse anthropologie. Ce besoin annuel ressemble à la faim de celui qui est longtemps à jeun! C'est la boulimie du grand air respirable après un asphyxie de six mois; c'est le besoin d'une atmosphère plus pure, dans une saison qui est celle des roses pour les campagnards, et des « odeurs de Paris » pour les citadins. C'est la passion du soleil et de la liberté pour nos Parisiennes, si indépendantes par le caractère après le demi-jour de nos salons et la contrainte d'une vie toute consacrée au fameux « *moderne paroistre.* »

Cette boulimie, ce besoin, cette passion, sont des plus légitimes. Aussi, chers confrères, puisqu'elles vous aiguillonnent, je vous souhaite de la satisfaire. Envolez-vous donc comme nos Parisiennes; seulement prenez garde aux dangers!

***

Si j'en crois les confidences qui me sont faites, soyez prudents. Si la pleine mer a ses écueils, ses bords ne sont pas moins périlleux. Voici, par exemple, certaine plage de l'Océan. Vénus et Mercure y sont, dit-on, aux bains de mer. Jusqu'à ce jour, toutefois, la paix règne au camp, et Amphitrite n'en est pas encore venue à querelle avec sa redoutable rivale.

déterminer l'intensité et le sens des courants les plus faibles. L'auteur joint à cette note la description d'un *électrophone condensateur.*

MM. Joseph et Adolphe Pagès adressent, par l'entremise du Ministère de l'instruction publique, une note relative à la navigation aérienne.

M. Jules Bergeron annonce qu'il est parvenu à reproduire, expérimentalement, la figure des cratères lunaires en faisant traverser une masse pâteuse par des gaz ou des vapeurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1882. — Présidence de M. Larrey.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Bouchardat fait remarquer que la communication de M. Vulpian est d'autant plus opportune que Paris est actuellement sous l'imminence d'une épidéme grave de fièvre typhoïde.

La question de l'étude des parasiticides dans les maladies contagieuses est des plus intéressantes; cette étude a été déjà faite, et M. Bouchardat, en particulier, a employé, dans ce but, l'acide phénique et divers autres parasiticides. Mais il est difficile de rien conclure de ces expériences, parce que les malades arrivent généralement trop tard à l'hôpital, alors que la maladie est déjà avancée dans son évolution. Or, c'est au début seulement de la maladie qu'il serait possible de juger de l'efficacité de l'agent parasiticide.

M. Bouchardat a employé, lui aussi, l'acide borique, mais seulement dans les fermentations urinaires et à des doses beaucoup moindres que M. Vulpian. Quant à l'emploi de l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde, M. Bouchardat craint que la dose de 6 à 7 grammes employée par M. Vulpian ne soit un peu trop élevée. Il existe d'autres agents non moins puissants pour détruire les ferments vivants, et de ce nombre est l'essence de térébenthine. M. Bouchardat ignore si cette substance a été employée dans la fièvre typhoïde; il vaudrait la peine de l'essayer dans une maladie si grave et contre laquelle nous possédons si peu de remèdes véritablement efficaces. Il convient de tout essayer, en évitant toutefois de faire du mal aux malades.

M. Vulpian répond qu'il n'a pas donné d'emblée l'acide borique à la dose de 12 grammes par jour : il n'en arrive à cette dose que peu à peu au bout de quelques jours. Quant à l'acide salicylique, il a commencé par le donner à la dose de 1 gramme, puis il l'a porté successivement à la dose de 1 gramme 50, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 grammes, en voyant que ces doses progressives ne déterminaient aucun accident.

Relativement à la question soulevée par M. Bouchardat, du moment où il faut donner le

---

Mais passer du sein d'Amphitrite dans les bras de certaines blondes Vénus, a quelquefois ses inconvénients. Heureusement que Vénus en détresse peut faire appel à son compagnon Mercure. Je m'arrête.... Quel objet d'études pour les amateurs d'hygiène sociale : De l'influence des bains de mer sur la civilisation et la syphilisation!

Et puis cette question est complexe; elle peut satisfaire à la fois les moralistes et les zoologistes. Voyez les plus empanachées de plumes de nos demi et de nos quart de mondaines, elles quittent le boulevard des Italiens ou la poussière du tour du lac. Des fins talons de leurs bottines elles foulent le sable des plages cauchoises, ou bien à plein poumons elles respirent l'air vif des falaises d'Etretat ou des rochers bretons. A Deauville, à Trouville, à Dieppe, si elles sont amphibies; ailleurs, dans telles ou telles stations thermales, si elles sont exclusivement terrestres, vous pouvez les retrouver! Les plumes changent de couleur, le panache n'est plus le même, mais oiseaux elles étaient, oiseaux elles restent. Coups de bec et coups d'ongle y sont à craindre. Le crépage de chignons n'est-il pas un arrachement de plumes, surtout quand il a lieu à Trouville? Ne trouvez-vous pas que ces phénomènes sont de nature à satisfaire les darwinistes les plus convaincus. C'est une transmutation d'une espèce dans une autre voisine : grues d'hiver sur le boulevard de la Madeleine, mouettes d'été là bas sur les bords de l'Océan.

***

J'espère bien qu'on signalera cette métamorphose à La Rochelle, aux membres du Congrès actuel de l'Association française pour l'avancement des sciences! Epouses fidèles et inquiètes, ne vous alarmez pas cependant! Votre foi conjugale ne sera pas mise à l'épreuve. S'il existe des mouettes à La Rochelle, ce ne sont pas des mouettes à pied de grue, pas même la mouette

médicament dans la fièvre typhoïde, M. Vulpian ne pense pas que l'emploi de la médication, au début même de la maladie, puisse rien changer à son évolution. La maladie est constituée dès l'apparition des premiers symptômes; on peut détruire dans l'intestin tous les ferments morbides qu'il contient, sans arrêter le développement de la fièvre typhoïde. L'idéal de la médication de cette maladie serait de pouvoir introduire dans le sang un antiseptique qui pût détruire les ferments morbides, le poison typhique, sans produire sur l'organisme des phénomènes d'intoxication. Or nous n'avons pas de moyen qui puisse réaliser cet idéal.

Le phénate de soude paraît de prime abord remplir les meilleures conditions à cause de sa grande solubilité et de son action antiseptique puissante; malheureusement il a une action toxique qui ne permet pas de l'employer à une dose de 3 ou 4 grammes sans produire de graves accidents sur l'organisme. Au-dessous de cette dose le médicament passe dans l'organisme, comme à travers le tonneau des Danaïdes, sortant par les reins, au fur et à mesure qu'il entre dans l'estomac, si bien qu'il n'y a jamais dans l'organisme, à moins d'employer des doses toxiques, assez de la substance antiseptique pour opérer une action efficace capable de paralyser ou de détruire le poison morbide.

Les substances antiseptiques que l'on introduit dans le tube digestif ne conservent pas, d'ailleurs, leur caractère propre en traversant l'organisme; elles changent de nature; l'acide salicylique se transforme en salicylate de soude, qui n'a plus d'action antiseptique, l'acide borique se transforme en borate de soude, etc. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on trouve de l'acide salicylique en nature dans les urines des malades traités par cette substance.

Il y a donc des difficultés extrêmes dans l'administration des médicaments antiseptiques, car tantôt, en traversant l'intestin, ils sont absorbés sous une autre forme qui change leur nature et détruit leurs propriétés antiseptiques, et tantôt il ne peuvent être absorbés, sans danger, en quantité suffisante pour exercer leur action antiseptique.

M. Jules Guérin distingue deux phases dans la fièvre typhoïde : 1° une phase caractérisée par la présence du poison dans l'intestin; 2° une phase constituée par l'absorption de ce poison dans le sang et l'altération de l'économie consécutive à cette absorption. A ces deux périodes différentes conviennent des moyens thérapeutiques spéciaux : à la première, les évacuants destinés à chasser le poison et les désinfectants qui ont pour but de le neutraliser; depuis quarante ans, M. Jules Guérin administre dans ce but d'une part les purgatifs, et, d'autre part, la poudre de charbon. A la deuxième période, celle de la maladie confirmée et constituée par un état particulier de l'organisme, s'adressent divers moyens dont la nature n'est pas encore parfaitement déterminée.

Quoi qu'il en soit, M. Jules Guérin croit devoir s'inscrire contre l'idée qu'il n'est pas possible d'arrêter l'évolution de la fièvre typhoïde; il a observé des faits qui lui ont clairement démontré la possibilité de faire avorter la maladie alors qu'elle n'est encore caractérisée que par la présence du poison dans l'intestin, sans altération générale de l'organisme.

---

rieuse, — *Larus ridibundus* des ornithologistes. Ce sont tout au plus les innocentes mouettes à pieds bleus! Ne redoutez donc pas et surtout dormez en paix.

Pour moi, chers lecteurs, habitant de Paris, j'en suis réduit, en fait de villégiature, à prendre mon parapluie et à me rendre..... à la Guyane du Jardin d'acclimatation. J'ai pris rendez-vous avec les Galibis et je vous rendrai compte, croyez-le bien, de cette entrevue avec Madame *Bibi* aux longues mamelles et le jeune Karanaya-Fouseya cadet, dernier-né de la tribu, qui a jugé à propos de venir au monde entre la France et l'Amérique et de prendre un transatlantique pour berceau!

NÉMO.

CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE DE TERRE. — Par décret en date du 15 août 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Pallé, en remplacement de M. Gaujot, promu; Boisseau, en remplacement de M. David de Lestrade retraité;

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Delabrousse, en remplacement de M. Muller, retraité; Molinier, en remplacement de M. Pallé, promu; Millon, en remplacement de M. Boisseau, promu;

Au grade de médecin-major de première classe : MM Géniaux en remplacement de M. Cotte, retraité; Zaepffel, en remplacement de M. Ribadieu, retraité; Boppe, en remplacement de M. François, retraité; Poignon, en remplacement de M. Delabrousse promu; Rouget, en remplacement de M. Molinier, promu; Crussard, en remplacement de M. Milon promu;

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Cicile, Huguenard, Testeau, Renaut-Maljean, Tournade et Wickersheimer;

M. VULPIAN répond qu'il est d'accord avec M. Jules Guérin sauf le point de savoir à quel moment la fièvre typhoïde n'est pas encore constituée. Il y a des cas de gravité et d'intensité diverses; dans la plupart de ces cas, sinon dans tous, quel que soit le moment où le médecin intervient, alors même que le malade ne présente que depuis vingt-quatre heures un peu de céphalalgie et des symptômes d'embarras gastrique, à ce moment déjà la fièvre typhoïde existe et, quoi que l'on fasse, elle suivra fatalement son évolution.

M. LANCEREAUX pense que M. Vulpian, en disant que l'acide salicylique est un modérateur de la fièvre typhoïde ne s'est pas servi d'une expression parfaitement exacte; il aurait dû dire que l'acide salicylique est un modérateur de la température, un hypothermique, mais qu'il n'exerce aucune action sur la fièvre typhoïde elle-même. M. Lancereaux obtient avec la digitale des effets analogues à ceux que M. Vulpian a obtenus avec l'acide salicylique. De même avec des bains à 28 ou 30 degrés M. Lancereaux a constaté un abaissement de température de 2 degrés centigrades. Mais les bains, la digitale, l'acide salicylique n'ont d'action que sur la température et non sur la fièvre typhoïde; ce sont des hypothermiques, non des modificateurs de la maladie elle-même.

M. VULPIAN répond que l'acide salicylique a non-seulement abaissé notablement la température des malades, mais encore amélioré considérablement leur état général; c'est pourquoi il a cru pouvoir dire que l'acide salicyiique est un agent modérateur de l'état morbide. Il importe, suivant lui, de faire remarquer la corrélation entre l'abaissement persistant de la température et l'amélioration survenue dans l'état général des malades.

M. LANCEREAUX a eu l'occasion de voir des malades qui, avec une température générale modérée (38° à 39° centigrades), ont présenté des symptômes graves, une dyspnée extrême et une accélération énorme du pouls, symptômes tellement graves que quelques-uns ont succombé sans que la température générale s'élevât cependant au-dessus de 38° ou 39°. Il demande si, dans ces cas, il y aurait lieu de donner l'acide salicylique et si le médicament, dans l'espèce, pourrait avoir quelque efficacité; pour lui, il ne saurait le croire.

M. Lancereaux ne croit pas non plus que l'acide salicylique puisse avoir une influence préservatrice de la fièvre typhoïde; c'est une action dynamique et non antiseptique qu'il exerce sur l'organisme.

M. VILLEMIN ne pense pas que la cause de la fièvre typhoïde réside dans l'accumulation des matières dans l'intestin et que les évacuants puissent, comme le dit M. Jules Guérin, arrêter la marche de la maladie. On a vu à l'œuvre les évacuants et aujourd'hui encore beaucoup de médecins ont l'habitude de purger, parfois à outrance, les malades au début de la fièvre typhoïde; on ne voit pas que les purgatifs répétés améliorent l'état des malades; au contraire, M. Villemin croit que cet état est aggravé par cette médication. Dans l'armée, où les malades sont envoyés à l'infirmerie dès le début de la maladie, on ne voit pas que rien puisse en arrêter l'évolution en quelque sorte fatale. Ce que l'on appelle les prodromes de la maladie, c'est déjà la maladie elle-même qui sera, suivant les épidémies, légère ou grave, mais qui n'en suivra pas moins, quoi que l'on fasse, ses phases naturelles. Dans certaines épidémies, le résultat est constamment ou presque constamment heureux, quelle que soit la médication employée; dans d'autres, au contraire, l'issue est très souvent fatale, quel qu'ait été le traitement.

M. BOULEY a été frappé de ce fait, constaté par M. Vulpian dans ses expériences, que l'état général des malades a présenté une amélioration notable en même temps que la température était abaissée. N'y a-t-il pas là une confirmation des expériences de M. Pasteur sur l'influence de la température au point de vue de la réceptivité de l'organisme pour les microbes, ou au point de vue de leur pullulation dans l'organisme? Tout le monde se rappelle les remarquables expériences dans lesquelles M. Pasteur, en abaissant la température des poules, les a rendues aptes à contracter le charbon par inoculation; d'autre part M. Gibier, en élevant la température des grenouilles, est arrivé à leur inoculer avec succès la bactéridie charbonneuse. Il y a là, suivant M. Bouley, une voie intéresssante et fructueuse ouverte à la pathologie expérimentale.

M. DEPAUL a été frappé d'un point qui lui paraît dominer dans la communication si intéressante de M. Vulpian. M. Vulpian annonce qu'après divers essais relatifs au traitement de la fièvre typhoïde, il a trouvé un médicament qui lui a paru préférable aux autres, et qui a pour effet d'abaisser la température des malades. Or, il existe dans l'arsenal de la thérapeutique une foule de médicaments qui possèdent cette propriété d'abaisser la température des malades, mais qui malheureusement n'exercent aucune action sur la maladie. La fièvre puerpérale, qui offre sous plusieurs rapports de l'analogie avec la fièvre typhoïde, entre autres la particularité d'être infectieuse dès le début, la fièvre puerpérale a été traitée par des médica-

ments qui passaient pour avoir la propriété d'abaisser la température et de diminuer la fréquence du pouls. Parmi ces moyens on a beaucoup vanté, à une certaine époque, la teinture de *veratrum viride* qu'un médecin de New-York, le docteur Parker, administrait, disait-on, avec un succès constant dans la fièvre puerpérale.

Les malheureuses femmes auxquelles on administra ce médicament parurent d'abord améliorées, en ce sens que l'on constata une diminution notable dans la température et dans la fréquence du pouls. Celui-ci descendit dans un certain nombre de cas à 80, à 75, à 70, même à 65 pulsations par minute; mais la maladie n'en suivit par moins sa marche habituelle, aussi fatale aux malades qui avaient pris la teinture de *veratrum viride* qu'à celles qui n'avaient pas fait usage de ce médicament.

Toutes les théories basées sur les expériences n'ont de valeur qu'autant que, dans la pratique, elle se résolvent par la guérison des malades. Les expériences sont illusoires si elles ne conduisent à un résultat pratique, et, jusqu'à présent, M. Depaul ne voit pas que l'on soit arrivé à rien de sérieux et d'efficace à la suite des essais entrepris dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Vulpian trouve M. Depaul bien sévère pour ceux qui cherchent par l'expérience de nouveaux modes de traitement des maladies. Si les résultats obtenus ne sont pas aussi complets que l'on doit naturellement le souhaiter, ce n'est pas une raison pour dire qu'il n'est rien résulté de ces expériences. Le rôle du médecin est encore honorable et utile lorsque ne pouvant guérir il se borne à soulager les malades. Or, c'est ce que M. Vulpian a obtenu avec l'acide salicylique qui, en abaissant la température, a produit une amélioration extraordinaire dans l'état général, faisant cesser l'agitation, l'insomnie, la dyspnée et les souffrances de ces malheureux. Il y a là, pour le médecin, de quoi lui inspirer un sentiment de satisfaction profonde.

M. le Président croit devoir être l'interprête de l'Académie en remerciant M. Vulpian de son importante communication.

— La séance est levée à cinq heures.

Association française pour l'avancement des sciences

XIe Session. — Congrès de La Rochelle.

La Rochelle, 24 août 1882.

Mon cher rédacteur en chef,

Le Congrès est ouvert. La séance générale d'ouverture vient d'avoir lieu, et nous y avons entendu deux discours extrêmement remarquables, l'un du président, M. Janssen, sur l'*astronomie physique*, et l'autre de M. Emile Trélat, sur l'histoire patriotique de La Rochelle et les conditions générales de l'Algérie.

Parler pendant une heure sur un pareil sujet et trouver le moyen d'intéresser un auditoire dont une petite partie seulement est compétente, était un problème difficile à résoudre. M. Janssen a montré qu'il était un habile physicien et habitué à résoudre des questions ardues, car il est arrivé à la fin de sa tâche de la manière la plus victorieuse, aux applaudissements chaleureux des auditeurs. Il a tracé fort nettement l'histoire des progrès de l'astronomie, depuis l'invention du télescope jusqu'à l'analyse spectrale des éléments solaires et la photographie des astres, les deux points extrêmes de la science astronomique. Je regrette de ne pas assez m'y connaître pour en parler à nos lecteurs, mais ils pourront le lire, comme celui de M. E. Trélat, dans le prochain numéro de la *Revue scientifique*.

Il est un point du discours de M. Janssen que je veux signaler tout particulièrement. C'est l'éloge d'un homme qui n'était nullement un savant, et qui admirait néanmoins la scienee à un tel point qu'il a légué 180,000 fr. à l'Association. Cet homme est M. Brunet, ancien négociant aux Antilles.

On a fort regretté l'absence de notre secrétaire du conseil, M. Gariel, l'âme du Congrès, comme je l'ai entendu dire autour de moi.

Agréez, etc.

L.-H. Petit.

LE CONGRÈS D'HYGIÈNE PUBLIQUE A GENÈVE.

Le quatrième Congrès international d'hygiène et de démographie ne paraît pas devoir être distancé en intérêt par ses prédécesseurs. Il s'ouvrira le 4 septembre prochain sous la Présidence de M. Lombard, par un discours de M. Pasteur.

L'atténuation des virus aura donc les honneurs de l'inauguration. Mais une fois dans le domaine des virus, on ne saurait facilement en sortir; aussi les communications seront nombreuses sur toutes les questions relatives à la contagion. Dans la séance du 6 septembre, M. Carradi, de Pavie, doit considérer la *phthisie pulmonaire* à ce point de vue, et M. le professeur Arnoult, de Lille, traiter de la *fièvre typhoïde.*

L'hygiène internationale sera l'objet de communications de M. le docteur Proust sur le *choléra* et le *pèlerinage de la Mecque*; de M. Cayet, de Bordeaux, sur les moyens préventifs contre la *propagation de la fièvre jaune.* Signalons encore les mémoires de M. Vallin, sur la *désinfection de la chambre des malades*; de M. Lombard, sur l'*influence des attitudes sur l'hygiène et la respiration*; enfin de M. Ed. Chadmch, ex-président du bureau d'hygiène de Londres, sur le *fonctionnement de l'administration sanitaire anglaise.* M. Fauvel doit lire un rapport sur l'ouvrage le plus utile à la *vulgarisation de l'hygiène dans les campagnes.*

L'hygiène militaire donnera lieu à quelques discussions. Parmi ces dernières, signalons la question de la chaussure militaire. M. Ziégler, de Berne, médecin en chef distingué de l'armée fédérale, lira un mémoire sur les *effets de la chaussure vicieuse et les moyens d'en prévenir les inconvénients.* Ainsi posée, que les mauvais plaisants ne croient pas que cette question doit relever de l'art du cordonnier ou de la science du pédicure ! *Ridere, hic non est locus.* Grâce au développement des armées modernes, elle est une question de pathologie et de défense nationales. Nous comptons rendre compte des plus importantes et des plus médicales de ces communications.

La ville de Paris fera figurer dans l'exposition annexe du Congrès, les plans des divers établissements scolaires et hospitaliers, les modèles divers du mobilier des écoles, les dessins de la distribution de l'eau et des égouts de Paris, du laboratoire municipal de la préfecture de police, etc. Cette bonne ville de Paris envoie également cinq délégués dans les personnes de MM. Bourneville et Loiseau, conseillers municipaux, Napias, Durand-Claye et Cernesson. La Ville de Paris est riche, Genève est une belle cité et, septembre, mois de vacances, est favorable aux excursions hygiéniques sur les bords du lac Léman ! — C. E.

FORMULAIRE

Traitement du furoncle.

Dans la majorité des cas du furoncle simple, le rôle du chirurgien se borne à l'expectation. Si le furoncle siège à la face et particulièrement aux lèvres, et qu'il menace de s'étendre, on débride dès le début, à l'aide du thermo-cautère. On réussit de cette manière à calmer la douleur et à diminuer le volume de la tumeur. Le traitement général varie avec la cause et avec la constitution du sujet. L'éruption furonculeuse coïncide-t-elle avec des troubles digestifs, on administre des purgatifs répétés. Les préparations alcalines *intus* et *extra*, l'eau de Vichy aux repas, une alimentation douce, surtout composée de viandes blanches et de légumes herbacés, l'usage fréquemment répété de légers minoratifs sont mis en œuvre contre le furoncle de nature arthritique. Les arsénicaux sont recommandés par Delioux de Savignac, dans le cas de furoncle du bord libre des paupières. Cependant Bazin conseille de n'y avoir recours qu'avec beaucoup de réserve. L'eau de goudron a été tout particulièrement préconisée par le professeur Hardy. Aux sujets lymphatiques, il y a lieu de prescrire l'huile de foie de morue et les préparations toniques. Aux glycosuriques, on applique avant tout le traitement du diabète. — N. G.

COURRIER

Choléra. — Les dernières nouvelles reçues des Philippines et de Manille nous apprennent que le choléra y sévit avec intensité. Les mesures les plus sévères ont été prises par le gouvernement espagnol pour ordonner la mise en quarantaine de tous les vaisseaux venant de Bornéo, des îles Soulou et de l'archipel des Philippines.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SUR L'AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS DANS LE CAS DE CANCER DE CET ORGANE;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 avril 1882,

Par M. POLAILLON.

Suite et fin. — (Voir l'UNION MÉDICALE du 26 août.)

Deux fois des *hémorrhagies secondaires* après l'amputation par l'anse galvanique sont venues entraver la guérison. Ces deux faits exceptionnels méritent aussi d'être signalés, parce qu'ils apportent un enseignement, c'est celui de faire garder le repos aux opérées au moment où la suppuration s'établit au niveau de la section. A ce moment, en effet, les caillots, qui ont oblitéré jusqu'alors les artères du col, peuvent se ramollir et se détacher. Il s'ensuit un écoulement sanguin qui a été très alarmant dans nos observations.

OBS. II. — *Epithélioma commençant du col utérin; amputation avec l'anse du galvano-cautère; hémorrhagie secondaire grave; guérison.* (Observation recueillie par M. Richardière, interne des hôpitaux.)

La nommée Chap..., âgée de 29 ans, couturière, entre le 7 juin 1881 dans le service de M. Polaillon, à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, n° 4.

Pas d'antécédents héréditaires; pas de maladies antérieures. Bonne santé habituelle.

La malade, réglée à 15 ans, a eu cinq enfants; le dernier, il y a cinq ans. Ses couches ont été naturelles et sans suites fâcheuses.

Depuis sept mois environ, elle se plaint de douleurs abdominales assez vives, de pesanteur dans l'aîne et dans les lombes. Depuis deux mois, elle n'est plus réglée et perd à peu près continuellement du sang et des mucosités, qui n'ont pas d'odeur particulière. Elle est faible et a beaucoup maigri.

Le toucher vaginal accuse la présence, sur les lèvres du col utérin, de petites saillies de consistance élastique et saignant facilement. L'examen au spéculum complète cette exploration, en faisant voir sur le museau de tanche des fongosités bourgeonnantes, grosses comme des grains de chanvre, nettement limitées, d'une couleur rouge vif, et ressemblant à un chou-fleur cancroïdal en voie d'évolution. Le mal a à peu près l'étendue du noyau d'une amande sur chacune des lèvres, au pourtour de l'orifice utérin. Le col est plus volumineux qu'à l'état normal, d'une coloration violacée et douloureuse à la pression.

Des cautérisations superficielles au nitrate d'argent ne modifient en rien l'aspect des fongosités saignantes, malgré le repos au lit, des injections et un traitement tonique.

M. Polaillon porte le diagnostic d'*épithélioma limité au col* et propose l'amputation de cet organe. Cette opération est acceptée et pratiquée le 28 juin.

La malade est engourdie avec une potion contenant *deux grammes de chloral.* L'anse est placée au niveau de l'insertion de la muqueuse du vagin sur le col. Le col est alors sectionné lentement, sans que la malade ressente une trop vive douleur.

Après la section, nous constatons que toute la portion sous-vaginale du col est enlevée, ainsi qu'un segment, en forme de croissant, de la muqueuse vaginale qui tapisse le cul-de-sac postérieur.

Les suites de l'opération furent très simples jusqu'au *dixième jour.* La malade gardait le repos au lit; elle s'alimentait comme en état de santé ; on se bornait à faire des injections phéniquées matin et soir. Le dixième jour, sans cause appréciable, une métrorrhagie grave se déclara. L'abondance et la persistance de l'écoulement sanguin nécessitèrent un tamponnement complet du vagin avec des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer étendu d'eau. L'hémorrhagie recommençait dès qu'on faisait une tentative pour enlever le tamponne-

ment ; on dut le laisser en place pendant dix jours de suite, malgré les plaintes de la malade. Enfin, le 18 juillet, on pût le retirer et l'hémorrhagie ne se renouvela plus.

La malade, anémiée et affaiblie, fut soumise à un régime reconstituant. Elle reprit rapidement ses forces et, le 2 août, elle demandait à sortir.

Au bout d'un mois passé à la campagne, la malade vint nous voir. Elle a très bonne mine. Elle a eu ses règles, le 7 août, si abondamment qu'un médecin lui a fait une injection sous-cutanée d'ergotine pour les arrêter. Elle ne souffre plus dans le ventre, ni dans les reins. Au toucher, on constate l'absence du col utérin, et, à sa place, une sorte de bride qui occupe le cul-de-sac postérieur du vagin. Avec le spéculum, on voit un orifice entouré d'un bourrelet muqueux, très rouge, et situé à la partie supérieure de la cicatrice utérine. La malade nous dit n'avoir pas encore osé reprendre ses rapports conjugaux.

Depuis lors, la guérison s'est maintenue.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une hypertrophie des glandes du col et d'un envahissement de la paroi glandulaire et du tissu ambiant par les cellules épithéliales. C'était donc un épithélioma, d'origine glandulaire, bien confirmé et circonscrit aux lèvres du col utérin.

Obs. III. — *Epithélioma du col de l'utérus ; ampulation du col avec l'anse galvanique ; hémorrhagie secondaire ; retour d'une fièvre intermittente disparue depuis plusieurs années ; guérison.* (Observation recueillie par M. Gomot, interne du service.)

La nommée A... (Marguerite), âgée de 39 ans, entre à la Pitié le 3 février 1882, salle Gerdy, n° 1.

Son père est mort à 62 ans d'une pneumonie. Sa mère perdit ses règles à 45 ans, mais, quelques années plus tard, les *règles reparurent avec abondance et occasionnèrent la mort.* Nous ne pouvons nous empêcher de voir là le signe principal d'une affection organique de la matrice.

Marguerite A... a eu ses premières époques à 16 ans. Depuis elles sont revenues régulièrement. Elle a eu deux accouchements naturels, et, en 1874, une fausse couche à six mois.

Comme maladies antérieures, elle signale la variole, plusieurs érysipèles de la face, et notamment des *fièvres intermittentes* qu'elle a contractées dans un pays marécageux et qui ont disparu depuis une dixaine d'années. Elle n'est ni glycosurique ni albuminurique.

Au mois de décembre dernier (1881), ses règles apparurent comme d'habitude et durèrent le même temps ; mais, deux jours après, elle eut une perte très abondante pour laquelle on lui donna du seigle ergoté. Depuis cette époque, la malade perd constamment, et l'hémorrhagie augmente ou diminue selon les fatigues auxquelles son état de journalière l'exposent. Il y a un affaiblissement général, mais point de douleurs spéciales.

Le col de l'utérus est volumineux. La lèvre postérieure se confond avec une excroissance grosse comme une noix verte, irrégulière à sa surface, de consistance un peu molle. Le mal paraît n'occuper que la partie la plus saillante du col. On peut constater avec le doigt que le tissu du col utérin est souple, lisse, indolore au niveau de l'insertion vaginale. Les culs-de-sac sont absolument libres. Le corps de l'utérus est mobile et paraît sain.

Au spéculum, on voit sur la lèvre postérieure un champignon rosé, saignant, oblitérant l'orifice utérin d'où il semble sortir.

Le 7 février, M. Polaillon ampute toute la portion sous-vaginale du col avec l'anse galvanique. Rien de notable dans l'opération. Tampon phéniqué qui reste en place jusqu'au lendemain ; puis injections phéniquées deux fois par jour.

Le 9, la température est de 38°,5.

Les 10 et 11, la température monte à 39°.

Le 12, hémorrhagie abondante survenant pendant la nuit et nécessitant le tamponnement du vagin. La température baisse à 37°,4. Sulfate de quinine à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour.

Les jours suivants, la température remonte à 38° et même à 39°,3. Mais, le 17 février, elle tombe à 37°,5, et remonte à 39°,2 le 20 février. Rien dans l'état des organes ne peut expliquer ces fluctuations de la température. La plaie du col utérin ne saigne plus, et marche normalement vers la cicatrisation.

Le 3 mars, le col est complètement cicatrisé, et le doigt ne rencontre au fond du vagin qu'un vaste cul-de-sac. Mais la fièvre, qui a persisté jusqu'alors avec des rémittences irrégulières, devient franchement intermittente et affecte le type quotidien. Le matin, la température est normale et la malade se trouve bien pendant une partie de la journée. Vers quatre heures de l'après-midi, le malaise commence et persiste jusqu'au milieu de la nuit. On observe très nettement une période de frissons suivie de chaleur et de sueurs.

M. Polaillon fait remarquer que l'on a affaire à une femme qui a eu autrefois des fièvres

paludéennes, que le traumatisme opératoire et l'hémorrhagie secondaire ont produit chez elle une fièvre mal caractérisée d'abord, puis franchement intermittente, et que ce fait est une confirmation des idées de M. Verneuil sur le retour des accès intermittents sous l'influence d'une opération.

On administre le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour.

Voici le relevé de la température au moment de l'accès :

Le 3 mars	40°1
Le 4 —	39°1
Le 5 —	38°9
Le 6 —	40°1
Le 7 —	39°
Le 8 —	38°4
Le 9 —	39°1
Le 10 —	39°6
Le 11 —	40°
Le 12 —	39°4
Le 14 —	39°1
Le 15 —	39°9
Le 16 —	38°6
Le 17 —	38°2
Le 18 —	38°5

A partir de ce moment la température devient normale.

Le 22 mars, la malade quitte l'hôpital. Le fond du vagin est lisse, sans induration. Il est même difficile de reconnaître le point occupé par la cicatrice du col.

Malgré les accidents rares que je viens de signaler, l'amputation du col cancéreux avec l'anse galvanique est une opération sans gravité. On est en droit d'en attendre une guérison, à condition que tout le mal a été emporté. Si on aperçoit encore des tissus suspects sur la coupe du col amputé, il est indispensable de compléter l'ablation en détruisant tous les tissus morbides qui sont restés dans le moignon utérin. Pour cela, je préfère à tous les autres moyens la cautérisation avec des flèches au chlorure de zinc. J'enfonce immédiatement dans l'orifice du col ou dans les points dégénérés une ou deux flèches. Dès que les eschares sont tombées, je renouvelle la cautérisation autant de fois qu'il en est besoin. On peut détruire ainsi toute la portion sus-vaginale du col et réaliser facilement l'amputation conoïde, que Dupuytren et Lisfranc faisaient avec l'instrument tranchant, et qui était si dangereuse.

Si l'ablation du col est ordinairement suivie par la récidive du cancer, la faute en est à la manière de la pratiquer et surtout à l'époque trop tardive où l'on opère. Quel résultat peut-on obtenir de l'ablation, si la section n'est pas faite au-dessus des tissus malades, et si ceux-ci se prolongeant dans le moignon du col, on néglige de les détruire profondément de manière à dépasser leurs limites ? En outre, les femmes ne consultent le chirurgien qu'à la dernière extrémité, lorsque les écoulements fétides ou les pertes sanguines sont devenues insupportables. A ce moment, les racines du mal sont trop profondes pour que l'on puisse les arracher. Il en est du cancer du col utérin, comme du cancer des lèvres ou du cancer de la langue, l'opération n'est curative que si elle est faite de bonne heure et que si elle enlève tout ce qui est malade. Or, les premiers symptômes du cancer sur un organe caché, comme le col utérin, n'attirent pas l'attention. Aussi, est-on appelé à agir beaucoup plus tardivement que pour les parties apparentes ; de là une grande source d'insuccès.

Notre conviction est que le cancer du col à son début est curable par l'amputation précoce de la portion sous-vaginale du col, combinée, si cela est nécessaire, avec la destruction de sa portion sus-vaginale par les caustiques.

Une dernière raison, qui doit faire rejeter toute temporisation de la part des malades et des praticiens, c'est que l'amputation du col par l'anse galvanique n'expose pas la vie dans l'immense majorité des cas, lorsqu'elle est faite par des mains expérimentées.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par TARNIER et CHANTREUIL. Première partie. Lauwereyns, libraire-éditeur ; Paris.

L'éminent chirurgien en chef de la Maternité de Paris, auquel la science est redevable de tant de travaux originaux, et l'humanité de si belles réformes, en particulier dans la pratique hospitalière, après avoir écrit le texte des troisième et quatrième sections de l'Atlas de Lenoir, après avoir annoté et mis au courant des connaissances actuelles, quatre éditions du traité de Cazeaux, livre classique, jusqu'à présent le plus répandu, et maintenant détrôné de la place qu'il occupait dans la bibliothèque des praticiens, s'est enfin décidé, à la vive satisfaction et pour le plus grand profit de tous les accoucheurs, à écrire un de ces ouvrages complets qui font époque dans l'histoire médicale.

Sa décision prise, M. Tarnier s'est mis à l'œuvre, et, le plan de traité arrêté, s'est adjoint pour cette entreprise considérable, notre distingué confrère le docteur Chantreuil. La mort l'a malheureusement enlevé il y a quelques mois, et, comme nous le verrons, M. Tarnier nous promet pour la seconde partie un collaborateur dont le mérite ne cède en rien à celui de Chantreuil.

Dans sa préface, M. Tarnier dit qu'il a eu le désir de faire un livre qui, tout en restant élémentaire et par conséquent utile aux étudiants, serait cependant assez complet pour être consulté avec fruit par les médecins et les jeunes accoucheurs. Il peut considérer son désir comme accompli. On acquiert beaucoup par la lecture de ce livre, composé et écrit avec la grande expérience, avec toute la maturité de jugement, avec le soin minutieux qui font du chirurgien en chef de la Maternité, un juge de toutes les questions obstétricales, d'une indiscutable compétence.

Ce premier volume est consacré à l'*eutocie* et se divise en sept parties, ou sections.

La première et la deuxième relatives à l'*anatomie* et à la *physiologie* occupent plus de 150 pages, et n'ont pas reçu, contrairement à l'opinion modeste de l'auteur, un développement excessif, car les étudiants y trouveront tout ce qu'il importe de savoir, et les médecins, un utile répertoire des connaissances indispensables, trop vite et trop facilement oubliées. L'ovologie et l'embryologie contribuent à former la troisième partie. C'est un résumé très serré, très nourri de faits, très complet, de toutes les recherches des savants français et étrangers, et on doit louer les deux auteurs d'avoir tenté la vulgarisation d'une science particulièrement ardue.

En parcourant les trois premières sections, les lecteurs de l'UNION, préoccupés avec raison de ce qui intéresse directement le clinicien, auront déjà trouvé bien des pages d'un haut intérêt et pratiquement utiles, *menstruation, fécondation, modification de l'organisme maternel*. Cet intérêt ne fera que croître à la fin du troisième chapitre, où sont étudiés les annexes du fœtus, d'une structure si compliquée, dont la connaissance imparfaite empêche d'élucider bien des faits d'un grand intérêt clinique, et le fœtus lui-même, au sujet duquel les exactes recherches de M. Ribemont nous ont pour une bonne part expliqué les erreurs que peut faire commettre le diagnostic des présentations par l'auscultation. Développement du fœtus, dimensions du tronc, dimensions de la tête, recherches du docteur Budin, nutrition, respiration, expériences de Zweifel, découvertes de Claude Bernard, recherches de Fehling, d'Ahlfeld, de Reige, de Porak, tout est passé en revue.

Alors le lecteur arrive à la quatrième section, à la pratique proprement dite, à l'accouchement, dans l'étude duquel une grande place est accordée comme de raison, à ce que tout médecin devrait savoir à fond, nous voulons parler de ce qu'on nomme *mécanisme*. C'est, en effet, le catéchisme de l'accoucheur. Hors de lui point de salut. Ce n'est pas une médiocre gloire pour la science obstétricale française que de compter parmi ses représentants, celui qui a expliqué l'uniformité constante des mouvements du fœtus pendent l'expulsion, uniformité sur laquelle Paul Dubois appelait l'attention et les recherches de ses élèves. L'obstétrique doit au professeur Pajot d'avoir donné la formule mathématique de ces mouvements. Cela paraît toujours singulier de prononcer le mot de mathématique à propos des fonctions de l'organisme ; mais, il n'est pas moins vrai qu'il y a une partie de l'accouchement purement mécanique, et que, comme le remarque l'expérimenté chirurgien de la Maternité, sans la connaissance approfondie des différents temps dont il se compose on est exposé à commettre faute sur faute, lorsqu'il s'agit, soit de porter un diagnostic ou un pronostic, soit de pratiquer une opération. Un exemple fera bien saisir la justesse de cette opinion : tous les accoucheurs de profession savent combien il est fréquent d'être appelé par un confrère qui ne peut réussir à extraire avec le forceps un fœtus se présentant par le sommet en position occipito-iliaque droite

postérieure. L'insuccès de l'opérateur est expliqué par la manière dont il a appliqué l'instrument, application directe au lieu d'être oblique, et par la manière dont il tirait, traction directe et continue, au lieu d'être parallèle à la cuisse gauche de la femme, et précédée ou accompagnée d'un mouvement de rotation, *troisième temps du mécanisme de l'accouchement sans lequel le quatrième temps ou dégagement ne peut se faire.* Nous nous proposons d'appeler dans quelque temps l'attention des lecteurs de l'Union sur les applications du forceps, et c'est encore une publication de M. Tarnier qui sera le motif de ce petit travail.

Avant de quitter cette question capitale de l'accommodation, rappelons, à l'exemple du savant maître dont nous analysons l'œuvre, la découverte du docteur Pinard touchant le rôle de la paroi abdominale. Le fœtus s'adapte à la forme de la cavité pelvienne et à la forme de l'utérus, mais pour que l'utérus conserve sa forme — petite extrémité en bas pour loger la tête, grosse extrémité en haut pour loger le siège — il faut qu'il soit doublé et soutenu par la paroi abdominale. Si cette paroi perd son élasticité et sa résistance, les présentations du siège ou de l'épaule deviennent plus fréquentes. Il ressort clairement d'une statistique du docteur Pinard, portant sur 100,000 accouchements, que les présentations vicieuses sont plus nombreuses chez les multipares. Or, plus une femme a d'enfants, plus la paroi abdominale est flasque.

Puisque nous avons fait retour en arrière, à propos de l'accommodation, avant de revenir à la quatrième section, signalons le chapitre, capital au point de vue clinique, du diagnostic des présentations et des positions pendant la grossesse par le palper. M. Tarnier a toujours dirigé ses élèves dans le chemin du progrès, et il a fait à l'ouvrage de l'un d'entre eux, nous parlons encore du docteur Pinard, de nombreux et mérités emprunts pour cette partie de son livre.

Quelques praticiens se demanderont peut-être pourquoi il est nécessaire de faire le diagnostic de la présentation et de la position pendant la grossesse. Cela sert à corriger cette présentation si elle est vicieuse, et à préserver ainsi une femme et son enfant d'accidents trop souvent mortels. Le temps n'est pas loin, nous l'espérons, et M. Tarnier s'associerait à ce vœu, où les médecins ne se contenteront pas, lorsqu'une femme réclamera leurs soins pour le travail, pendant la grossesse, d'inscrire sur leur livre la date probable de l'accouchement, et d'attendre qu'on vienne les chercher.

Nous ne pouvons tout signaler. Nous nous bornons à indiquer un certain nombre de choses pratiques, plus complètement étudiées dans cet excellent traité que dans tout autre du même genre. Nous voulons simplement donner une faible idée à nos lecteurs du service que M. Tarnier rend à tous les médecins.

Revenons à la quatrième section, un moment abandonnée. On y trouvera à la suite des phénomènes physiologiques et mécaniques du travail, un chapitre ingénieusement intitulé : *des phénomènes plastiques de l'accouchement,* où toutes les déformations du crâne, les variations des différents diamètres, étudiées avec tant de patience par le docteur Budin, dont nous avons déjà signalé les recherches, sont passées en revue.

Un peu au delà de ce chapitre, nous rencontrons : *les soins à donner à la femme pendant le travail,* et là, nous trouvons de nombreuses preuves de cette expérience, de cette sagacité ennemie de la routine qui, comme nous le disions au début de cet article, sont deux maîtresses qualités du savant observateur de la Maternité. Les lecteurs de l'Union savent que nous nous préoccupons surtout de choses pratiques, et nous sauront gré de leur citer le passage où M. Tarnier expose sa méthode pour prévenir les ruptures du périnée. Que nous sommes loin, avec lui, de l'ancienne méthode décrite dans tous les livres classiques.

Le procédé décrit avec tous les détails indispensables par son auteur peut être résumé de la façon suivante : 1° empêcher la sortie brusque de la tête; 2° diriger cette tête au moment de l'expulsion, suivant l'axe de l'orifice vulvaire; 3° favoriser le mouvement d'extension quand le front commence à se dégager; 4° soutenir le périnée pendant le dégagement des épaules. Le médecin se place à gauche de la femme, et applique largement la main droite sur la sphère céphalique. A chaque contraction, il ralentit le mouvement de progression et favorise le mouvement d'extension quand le front commence à se dégager. Au moment où les arcades sourcilières vont dépasser la commissure postérieure, il est de la plus haute importance de maintenir la tête immobile, d'empêcher toute progression, et pour cela d'ajouter à la pression de la main droite celle de la main gauche, leur puissance combinée n'étant pas trop grande pour résister à la contraction utérine; puis cette contraction suspendue, de relever doucement la tête de manière à compléter l'extension et par conséquent à terminer le dégagement. Même précaution après l'expulsion de la tête, pour le dégagement des épaules. Après un chapitre concernant la ligature et la section du cordon ombilical et les avantages que présente la ligature tardive. Nous arrivons à la cinquième section qui débute par l'examen critique des diverses méthodes de délivrance naturelle. Puis viennent les phénomènes des suites de cou-

ches, et les soins à donner aux nouvelles accouchées. A cette portion de l'ouvrage, s'attache un intérêt spécial, celui que l'on éprouve en entendant parler un savant qui a tant fait pour l'assainissement des Maternités et pour le salut des femmes en couches.

Dans la septième section, est étudiée la physiologie du nouveau-né et son hygiène. Cinquante pages sont consacrées à l'étude de l'allaitement maternel et artificiel ; la supériorité du lait d'ânesse sur celui de tout autre animal y est nettement démontrée. Rien de plus intéressant, rien de plus pratique que les développements dans lesquels entre l'auteur.

M. Tarnier, dans sa préface, nous annonce qu'il s'est adjoint comme collaborateur M. Budin, bien connu dans le monde obstétrical, et digne en tous points de s'associer à un ouvrage dont la première partie est un sûr garant des mérites de la seconde. Que chaque praticien fasse désormais une place dans sa bibliothèque pour ce livre !

Dr H. Stapfer.

JOURNAL DES JOURNAUX

Kyste hydatique du cerveau ; mort ; autopsie, par le docteur Goodsall. — Une jeune fille de 14 ans éprouvait depuis deux ou trois mois de la céphalalgie, quand, tout à coup, elle fut prise de vomissements, d'anesthésie, de somnolence, d'aphasie et mourut subitement vingt heures après le développement de ces symptômes.

Cinq jours plus tard, on pratiqua l'autopsie. Il existait dans le centre ovale gauche, au niveau du corps calleux et à la distance d'un pouce de son bord extérieur, une tumeur de un à deux pouces de longueur sur trois quarts de pouce de largeur, contenant du liquide. En avant de ce kyste, on observait les vestiges d'une autre tumeur semblable qui s'était ouverte dans le lobe cérébral antérieur. La pie mère de la base du cerveau était congestionnée. Ces kystes examinés au microscope étaient de nature hydatique.

Les kystes hydatiques du cerveau ne sont pas communs et, dans le cas actuel, il faut remarquer que ce kyste existait isolément, sans acéphalocystes des autres organes. (*The Lancet*, p. 759. 29 octobre 1881.) — Ch. E.

Anévrysme de l'aorte abdominale, par M. le docteur Handfield Jones. — Le malade avait les apparences d'une bonne santé et ne possédait pas d'antécédents syphilitiques. Le 28 août 1881, on l'admettait à l'hôpital Sainte-Marie. En l'examinant, on constata une tumeur pulsatile de la région lombaire gauche, dans l'espace compris entre les dernières côtes et la crête iliaque. Cette tumeur, recouverte par la masse intestinale, était indolente et donnait un son mat à la percussion. Elle ne présentait pas d'expansion, mais du soulèvement en masse. On constate l'absence de bruits cardiaques anormaux.

La tumeur fut traversée par deux aiguilles et on pratiqua la galvano-puncture ; mais cette opération ne fut suivie d'aucune modification de la tumeur. Quelques jours après, le malade succombait après une aggravation dans les symptômes.

On reconnut à l'autopsie que la tumeur était un anévrysme de l'aorte abdominale, occupant tout le côté gauche de l'abdomen et ayant même déplacé, en bas, le rein gauche. La cavité de la poche anévrysmale contenait des caillots sanguins, disposés en stratifications concentriques. (*The Medical Record*, New-York, 1881, p. 486.) — Ch. E.

Abcès du pancréas avec obstruction du canal pancréatique par un lombric, par le docteur John Shea. — Admise à l'hôpital, le 17 mai 1881, la malade avait toujours été, jusqu'à cette époque, en bonne santé. Elle éprouvait alors une douleur dans l'hypochondre droit, douleur qui devint de plus en plus vive. Les fonctions digestives n'étaient altérées, mais le teint était ictérique. La respiration était normale, bien que la malade fut atteinte de toux. Mais ces symptômes diminuèrent rapidement par la médication alcaline.

En juin, la douleur reparut et, en même temps, la malade éprouva des nausées et des vomissements bilieux, qui allèrent en augmentant. Quelques jours après, cette femme succombait.

A l'autopsie, on constata une légère congestion de la base des poumons et de la diminution de consistance du foie. Le pancréas était augmenté de volume et contenait dans son épaisseur un abcès volumineux. Le canal pancréatique était obstrué par des vers intestinaux, groupés en un peloton qui en occupait l'orifice duodénal. Il existait de l'augmentation de volume et de la dégénérescence graisseuse du cœur. (*The Lancet*, p. 791, 6 novembre 1881.) — Ch. E.

Sur un cas d'hémiplégie accompagnée d'hémianesthésie, par M. le professeur Picot. — La malade entrait dans le service de M. Picot, le 29 octobre dernier, avec les symptômes d'une attaque d'apoplexie : paralysie du côté droit siégeant sur la face, le membre supérieur et le membre

inférieur. Ces mêmes régions étaient dépourvues de la sensibilité au contact et à la douleur. Il existait donc à la fois de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie du côté droit. L'état somnolent de la malade ne permit pas de constater l'état de la sensibilité sensorielle. Par l'auscultation, on put reconnaître l'existence d'une hypertrophie du cœur gauche, sans souffle valvulaire.

A l'autopsie, on observe de l'infiltration séreuse sous-arachnoïdienne et de l'athérôme des vaisseaux de la base de l'encéphale. Dans l'intérieur de l'hémisphère gauche, on trouve un foyer hémorrhagique siègeant sur le bord externe du noyau coudé et à la partie supérieure de la capsule interne. Son volume est celui d'une lentille et la substance cérébrale qui l'entoure présente un aspect chagriné.

Dans l'hémisphère droit, on constate une perte de subtance occupant la partie supérieure de la capsule interne, entre le noyau coudé et le noyau lenticulaire, et descendant jusqu'au tiers inférieur de la capsule. Le bulbe, la protubérance et le cervelet sont à l'état normal.

Le cœur est hypertrophié, ses artères sont athéromateuses; le foie a l'aspect cardiaque et il existe dans le tissu rénal un commencement de néphrite interstitielle.

Cette observation serait une preuve confirmative de la théorie qui place dans l'expansion pédonculaire, c'est-à-dire dans la portion optostriée de la capsule interne, le siège habituel des lésions qui produisent l'hémianesthésie. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 12 novembre 1881.) — Ch. E.

De l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur contre les hémorrhagies, par M. LEREBOULLET. — Dans une série d'expériences entreprises par M. Gueste, sur les avis de M. le docteur Lereboullet, on a constaté que, après l'ingestion d'une certaine dose de perchlorure de fer, les tracés sphygmographiques indiquaient une diminution remarquable de l'amplitude du pouls, du dicrotisme de ses pulsations et du ralentissement des battements cardiaques. L'ingestion d'un autre sel de fer, le tartrate ferrico-potassique, par exemple, produisait les mêmes effets physiologiques.

Les faits avaient été constatés par Cervello (de Palerme), dans ses recherches au moyen soit du perchlorure de fer, soit du chlorure ferreux. D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Lereboullet, il n'existe pas d'observation absolument probante de l'arrêt d'une hémorrhagie par l'ingestion du perchlorure de fer. Les preuves cliniques faisant défaut, et les phénomènes physiologiques étant obtenus avec les sels de fer de toute espèce, il est donc vraisemblable que l'action hémostatique attribuée au perchlorure de fer, appartient à tous les médicaments ferrugineux. Par conséquent, il y a lieu d'étudier de nouveau cette question et de faire de nouvelles recherches cliniques et physiologiques sur l'emploi du perchlorure de fer. (*Gaz. hebdomadaire*, 4 novembre 1881.) — Ch. E.

Endocardite ulcéreuse, par M. CAYLA. — A la suite d'une fausse couche, la malade, admise dans le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Cochin, avait éprouvé un frisson violent, une douleur dans l'articulation coxo-fémorale et présentait un souffle râpeux à la base du cœur et au premier temps. Les battements cardiaques étaient tumultueux et confus. Deux jours après, le souffle devint plus intense, son timbre plus aigu et son maximum correspondait à la pointe. La température oscillait entre 39 et 40. La malade succombait quelques jours plus tard sans nouveaux autres symptômes.

A l'autopsie on constata que le foie était gros ainsi que le rein droit. L'utérus contenait des débris du placenta, et dans les méninges cérébrales existaient deux foyers de méningite suppurée. Le cœur était augmenté de volume et de poids; le péricarde épaissi, et un foyer purulent existait sous le feuillet viscéral qui tapisse le ventricule droit. Les valvules antérieures de l'aorte étaient remplacées par des végétations; mais la postérieure était intacte. Au-dessus du point où se rejoignent les valvules droite et postérieure, on observait une ulcération qui conduisait dans l'oreillette droite. Un orifice semblable correspondant à un cul-de-sac existait dans le ventricule droit snr la cloison interventriculaire. Les valvules auriculo-ventriculaires n'étaient pas altérées.

Cette endocardite est donc une forme anatomique mixte, à la fois végétante et ulcéreuse. Au point de vue clinique on ne peut la classer ni dans l'endocardite typhoïde, ni nans l'endocardite pyohémique des auteurs. (*Le Médecin praticien*, p. 658, 26 novembre 1881.) — Ch. E.

Néphrite chronique. Anasarque. Traitement par les injections sous-cutanées de pilocarpine, par M. COMBY. — Le malade, âgé de 51 ans, avait été traité deux ans auparavant pour un abcès urineux dont on ne peut déterminer la cause. Sa face est pâle, bouffie, l'œdème est généralisé et l'ascite considérable. L'auscultation du cœur fait reconnaître un souffle à la base et au premier temps. Les urines sont très riches en albumine. Le régime lacté et les purgatifs drastiques furent employés sans succès.

M. Siredey fit usage des injections sous-cutanées de pilocarpine à doses progressives quo-

tidiennes, de 5 milligrammes à 3 centigrammes de l'alcaloïde. L'injection était suivie de salivation, de sudation et de selles abondantes, quelquefois aussi de vomissements pituiteux.

L'œdème et l'ascite diminuèrent rapidement, mais les urines restèrent albumineuses. Enfin l'amaigrissement augmenta, des accidents urémiques se déclarèrent et le malade succomba dans le coma.

A l'autopsie, on observa de l'œdème du cerveau, de l'insuffisance des orifices auriculo-ventriculaires droit et gauche de l'aorte, un épanchement pleurétique gauche, de la périhépatite et de la périsplénite et des lésions tuberculeuses anciennes des reins.

L'emploi du jaborandi et de la pilocarpine peut donc être utile, dans des cas semblables, contre l'anasarque et l'ascite, malgré l'incurabilité des lésions anatomiques. (*France médicale*, p. 500, 27 oct. 1881.) — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 avril 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Suite. — (Voir le numéro du 17 août.)

M. Polaillon lit un travail sur l'amputation du col de l'utérus dans certains cas de cancer de cet organe. (Voyez plus haut.)

M. Boinet : Quant il s'agit de cancer, le chirurgien doit toujours mûrement réfléchir. S'il est certain que la maladie est locale, je conçois l'opération ; mais je demanderai à ceux qui entreprennent ces opérations ce que deviennent leurs malades ; il en est pour l'utérus comme pour la langue. Avez-vous vu un cancéreux opéré à la langue être encore vivant après dix ans? Non, n'est-ce pas ; il en est ainsi pour l'utérus.

On discute aujourd'hui, je le sais, la question de prolongation de la vie. Etes-vous sûr qu'elle est prolongée par l'opération. Quand le col est atteint, pouvez-vous savoir s'il est seul contaminé. Je crois donc la récidive inévitable et l'opération inutile, et j'ajoute que le résultat me semble à peu près semblable dans les affections du sein, et cependant Velpeau pensait que les récidives étaient moins fréquentes dans les carcinomes du sein.

Dans le cas qui nous occupe, il est bien difficile de placer comme on veut le fil galvano-caustique, et on s'expose à couper des parties qu'on voudrait respecter, ce qui tient surtout à la position oblique du col.

L'hémorrhagie est un accident possible, non pas seulement immédiatement après l'opération, mais plusieurs heures après. Le tamponnement n'est pas facile à appliquer, il peut se déranger. Je me rappelle le cas d'une fongosité que j'ai enlevée et pour laquelle je fis par précaution un tamponnement le soir, vers minuit. Le tampon se dérangea et il y eut une hémorrhagie mortelle.

L'ouverture du péritoine peut être regardée comme moins grave que l'hémorrhagie ; l'ouverture du péritoine a surtout pour inconvénient de rendre les hémorrhagies plus graves.

En résumé, je suis d'avis qu'en présence d'un cancer du col le chirurgien doit s'abstenir.

M. Blondeau demande si, dans les observations de M. Polaillon, la menstruation s'est rétablie.

M. Polaillon : J'ai vu une fois la menstruation se rétablir.

M. Fraigniaud cite deux opérations de cancer du col, l'une chez une femme de 35 ans, qui vit encore ; l'autre, chez une malade qui, opérée en 1864, succomba seulement en 1868, à la suite d'un cancer du foie. Ces deux malades ont donc bénéficié de l'opération dans d'importantes proportions.

M. Forget : La communication que vient de faire à la Société M. Polaillon, et qui a pour objet l'amputation du col de l'utérus affecté de cancer, me reporte au temps de mon internat de l'hôpital de la Pitié ou, chef de clinique du professeur Lisfranc, partisan déclaré de cette opération, j'ai pu assister à toutes les péripéties de la lutte ardente et passionnée qui, dans la presse comme dans l'enseignement clinique des hôpitaux, divisa entre eux les chirurgiens de cette époque, et leurs élèves qui se faisaient solidaires de leur doctrine.

Mon intention n'est pas de retracer devant vous un passé qui témoigne d'un esprit d'exagération, dont on ne sait pas, de part et d'autre, toujours se préserver. Je n'entends pas, ici, prendre parti dans les affirmations et les négations contradictoires qui se produisirent au sujet de la statistique de l'amputation du col utérin considérée au point de vue de ses effets immé-

diats et consécutifs, et plus particulièrement de la curabilité du cancer par son intervention : Ne consultant que les faits qui me sont personnels et ceux dans lesquels je suis intervenu pendant plusieurs années, à titre de prosecteur de Lisfranc, je n'hésite pas à déclarer, d'une manière générale, que l'amputation du col, pratiquée en vue de guérir un cancer confirmé dont les caractères anatomiques ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection, est une mauvaise opération. La récidive sur place, ou dans un viscère quelconque est, pour ainsi dire, fatale et cela dans un laps de temps généralement assez court. Cette terminaison est imminente surtout quand la femme est arrivée à son temps critique, et quand le processus morbide, qui s'est manifesté à cette époque, présente une évolution rapide.

Je ne prétends pas dire que dans un certain nombre de cas l'opération n'ait été suivie de guérison; j'en pourrais citer des exemples *de visu*; j'ai suivi pendant plusieurs années une femme opérée sous mes yeux, avec mon concours, et dont la santé a toujours été parfaite. A cet exemple, j'en puis ajouter quelques autres analogues. Mais dans tous, mon expérience acquise et fondée sur les progrès modernes de l'anatomie pathologique mieux déterminée, mieux précisée par l'étude histologique de l'épigenèse morbide, m'a conduit à me demander s'il s'agissait réellement de cancroïde dans tous les cas, où la récidive n'avait pas ultérieurement compromis la guérison.

En pareille matière, le diagnostic n'est pas toujours de la dernière évidence; on a pu se tromper, de très bonne foi, et croire avoir excisé un col utérin cancéreux, qui était le siège d'un développement hypertrophique avec induration et ulcération du tissu dans une plus ou moins grande étendue. Dans un cas qui m'est très présent, les antécédents de la femme opérée ne m'ont laissé aucun doute sur la nature syphilitique de la lésion du col.

En opérant au début de l'affection cancéreuse, quand celle-ci ne s'est pas propagée jusqu'au corps de l'utérus, on a lieu d'espérer la guérison, dit M. Polaillon. Outre qu'il est difficile de reconnaître la nature de l'affection au début, d'en faire sûrement le diagnostic anatomique, il est bien rare que les femmes ne viennent pas consulter le chirurgien, que lorsqu'elles sont déjà malades depuis longtemps. Aussi est-on dans l'impossibilité de pouvoir affirmer que la prolifération des éléments néoplasiques n'a pas déjà atteint l'utérus. L'examen de celui-ci, son volume, sa consistance, qui paraissent démontrer son intégrité anatomique, ne suffisent pas à en donner une preuve certaine, en présence des recherches histologiques qui ont trouvé, à une distance même éloignée d'un cancer épithélial, soit de la langue, soit du pénis ou de tout autre organe, des amas de cellules épithéliales à divers degrés de développement; le tissu, intermédiaire à celles-ci et à la tumeur bien circonscrite, étant d'ailleurs en apparence tout à fait sain, je rappellerai à ce sujet un exemple de carcinome nettement borné au gland du pénis, dans lequel l'auteur de l'observation, M. Broca, put constater par l'examen nécropsique la coexistence de cellules pathologiques, de nature caractéristique, jusque dans le tissu conjonctif de la base de l'organe, parfaitement sain en apparence.

Un dernier motif d'incertitude, pour le diagnostic, a été soulevé et développé par mon ami Boinet, c'est la question de préexistence au sein de l'économie de l'élément carcinomateux, dont le néoplasme utérin ne serait qu'une manifestation extérieure; d'où notre collègue, d'accord en cela avec beaucoup de cliniciens, a conclu à l'abstention chirurgicale d'une façon absolue.

Des accidents de l'amputation du col utérin, l'hémorrhagie immédiate est sans contredit le plus à craindre. Il est possible qu'il n'en soit plus de même depuis qu'au procédé d'exérèse, par l'instrument tranchant, on a substitué celui de la cautérisation par le thermo-cautère; ce que je puis affirmer, c'est que, dans le cas suivant, l'hémorrhagie a été mortelle.

Dans le mois de juin de l'année 1838, j'assistai Lisfranc dans une opération pratiquée sur une femme de 34 ans, venue de Longjumeau et habitant chez un pharmacien de la rue Saint-Paul.

Après avoir saisi le col utérin avec une longue pince érigne de Museux et l'avoir amené à la vulve par la traction lente et progressive faite par un aide, Lisfranc avec un bistouri courbe entama l'organe de gauche à droite. Presque immédiatement, une artère utérine, développée outre mesure, ainsi que cela se voit souvent pour les vaisseaux situés au voisinage du tissu cancéreux, lança un jet volumineux de sang qui aveugla l'opérateur et le surprit à tel point que, se tournant vers moi, il me dit d'un ton brusque : « Tamponnez donc. — Achevez la section du col, lui répondis-je, » ce qu'il fit rapidement. L'hémorrhagie devint excessive, et en toute hâte un tamponnement forcé fut fait, la compression avec la main lui venant en aide d'une façon continue. L'opérée pâle, presque sans pouls, fut reportée à son lit à onze heures. Je restai auprès d'elle avec un de mes externes; Lisfranc nous quitta après avoir constaté une amélioration dans l'état de la malade. Elle ne fut pas de longue durée; une demi-heure à peine s'était écoulée qu'une tendance à la syncope se produisit de nouveau. La pâleur du visage, la petitesse du pouls, le refroidissement, tout m'indiquait que momentanément sus-

pendue, l'hémorrhagie avait repris son cours. Le danger devenait de plus en plus pressant; mon anxiété était grande, et je prévoyais une issue funeste. Au moment où Lisfranc revint voir la malade, il était midi et demi. Il ne se fit pas illusion sur la gravité de la situation, sa visite fut courte, il ordonna un cordial quelconque, et disparut. Cela fut si prompt, que je le croyais encore dans l'officine du pharmacien, quand, en toute hâte, j'y descendis pour le rappeler. La malade venait de succomber. Après la mort les pièces du tamponnement furent enlevées, et il me fut possible de constater la présence de caillots abondants remplissant le cul-de-sac du vagin, dont la continuité à son insertion à la partie postérieure du col offrait une lacune dans laquelle j'introduisis l'extrémité de la phalange unguéale de l'index. Il devint dès lors évident que la communication, accidentellement produite pendant l'opération du vagin et de la cavité péritonéale, avait donné lieu à une hémorrhagie interne et à la mort qui en fut le résultat.

Quant à l'hémorrhagie consécutive qui se produirait au delà de 24 ou 48 heures après l'opération, je ne l'ai pas observée : du reste, en prévision de cet accident, Lisfranc laissait toujours un élève auprès de ses opérées tant que ce laps de temps ne s'était pas écoulé.

En résumé, dans le cas de cancer confirmé du col utérin, l'amputation est, à bref délai, suivie d'une récidive sur place ou sur un point quelconque de l'organisme, plus fréquemment sur un viscère interne.

L'hémorrhagie, pendant l'opération ou immédiatement après, peut se produire au point d'être mortelle.

Vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, je ne l'ai pas observée dans une proportion à devenir inquiétante.

La lésion du cul-de-sac du vagin à son insertion au col pendant l'opération est un accident possible dont l'habileté du chirurgien ne la préserve pas toujours. Il en résulte une communication entre la cavité vaginale et celle du péritoine, dont la conséquence est une hémorrhagie interne promptement mortelle, le sang se faisant jour à l'intérieur de celle-ci.

M. Polaillon : Je répondrai en répétant que l'opération dont j'ai parlé n'est indiquée qu'au début de la maladie; et qu'alors le chirurgien ne doit pas se refuser à l'opération, pas plus qu'il ne le ferait pour un carcinome des lèvres.

J'ajouterai que si le chirurgien n'a pas l'occasion de pratiquer l'opération plus souvent, c'est qu'il n'est pas consulté au début de la maladie.

Quand une ulcération ne guérit pas par les moyens ordinaires, il faut penser qu'on a affaire à une affection de mauvaise nature, et on rendra grand service au malade en l'opérant. Les hémorrhagies qu'on a regardées comme très graves, avec juste raison, sont bien moins à redouter depuis l'abandon du bistouri et depuis l'usage du galvano-cautère. Je n'ai eu qu'une hémorrhagie secondaire, qui s'est guérie après un tamponnement qui est resté en place pendant dix jours.

Après l'opération, je ne fais pas de tamponnement, je mets seulement une boulette de charpie, et je fais des injections d'eau phéniquée au 50e.

Certainement, quand le cancer est profondément situé, il n'y a pas d'opération à faire, et on ne peut plus espérer prolonger la vie par ce moyen. Mais si la maladie est superficielle, on procure un grand bénéfice aux malades, et la femme dont je viens de vous parler vit encore; depuis cinq mois, elle n'a plus les terreurs qui l'obsédaient, et nous espérons qu'elle restera longtemps encore en bon état.

— La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel, Dr Henri Bergeron.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Paris, 21 août 1882.

Mon cher confrère,

La civilisation progresse en France. Des faits comme ceux que signale le docteur Simplissime ne sauraient se produire aujourd'hui que dans le fond de nos provinces les plus attardées. Pour en trouver de semblables dans nos contrées centrales, il faudrait remonter à l'époque où, à vingt lieues de la capitale, en 1830, je débutais dans la carrière. Entre beaucoup d'autres, en voici deux qui prouvent une naïveté phénoménale.

Un fileur de coton vient chez moi avec sa femme. Depuis vingt-quatre heures, il s'épuisait par une diarrhée incessante. Je formule un apozème en conséquence. Mes explications restent

non avenues. Une délibération s'engage, très perplexe. Qu'a dit le médecin? demande le mari. D'aller chez le *parmacien*, répond la femme, de faire bouillir et de prendre ce qui est sur cette ordonnance. Tout cela semble louche. On résout que l'écriture est le médicament, quoiqu'il n'y en *ait guère*. Le papier dès lors, jeté dans de l'eau bouillante, est pris en tisane, et le curieux, c'est que le mal se trouve coupé à ce point par la vertu du remède que le public, informé, rit beaucoup du miracle.

Je tiens d'un confrère une anecdote qui ne le cède point à la précédente. Tout jeune encore, il était venu passer une quinzaine à la maison de campagne d'une sommité médicale parisienne. L'illustre praticien recevait de nombreux consultants. A l'un, un matin, il prescrit un vésicatoire à la nuque en lui recommandant d'attendre, pour le pansement du lendemain, l'office du jeune médecin, son hôte. Celui-ci arrive et se met en devoir de lever l'appareil. Mais, contre son attente, il tire en vain sur les compresses fortement collantes aux cheveux et au cou. Comme, en maugréant, il donne des marques visibles de son impatience, le malade se ravise : Ah ! pardon, s'écrie-t-il, *j'ons cru* que *Monsieur* s'était trompé, en nous conseillant de frictionner la place avec du vinaigre, les mouches se laissant prendre plutôt avec du miel. Avant de poser l'emplâtre, le suc des abeilles, en effet, n'avait point été économisé, et en se desséchant avait formé, avec les cheveux et les linges, un tout inséparable.

Une plaie générale dans la plupart des familles, c'est l'insuffisance à seconder le médecin dans les soins du malade. Beaucoup d'issues funestes n'ont pas d'autre cause; aussi, traçant un programme destiné aux écoles, en 1848, *Nature et degré de l'instruction primaire*, avons-nous insisté (p. 21) sur l'opportunité d'y faire figurer, dans une vue pratique, des notions médicales rudimentaires. Nos confrères de province sont les premiers que cela intéresse.

C'est parce que j'en ai la conviction, que j'ai cru devoir saisir l'occasion de vous écrire ces quelques lignes, espérant que vous ne dédaigneriez pas de les utiliser.

Votre bien dévoué, DELASIAUVE.

VARIÉTÉS

LE SERVICE MÉDICAL DU CORPS EXPÉDITIONNAIRE ANGLAIS EN ÉGYPTE.

Le médecin en chef de l'armée anglaise, en Égypte, est le médecin principal Hanbury, qui possède le grade de Surgeon général. Il a, comme Deputy-Surgeon général, le docteur Murston, qui a servi avec distinction dans la guerre contre l'Afghanistan.

Dix hôpitaux de campagne ont été embarqués et chacun d'eux est muni des approvisionnements et du matériel correspondant à un effectif de 200 lits. Son personnel se compose d'un chef de service, ayant le grade de brigade-surgeon ou de senior surgeon-major, de six médecins traitants, d'un quartier-maître et d'un personnel inférieur proportionnel. On doit établir, de plus, deux hôpitaux d'évacuation : l'un, pour 400 malades, à Chypre; l'autre, de 200 lits, à Malte. Ces hôpitaux seront organisés sur place.

Deux navires-hôpitaux sont aménagés pour recevoir chacun cent malades, avec le personnel et l'approvisionnement correspondant. Ils sont prêts à accompagner l'expédition. Le matériel du premier hôpital de campagne a quitté Porstmouth, le 27 juillet dernier, sur le navire le *Dacea*, qui emportait le matériel pour 200 malades, les voitures de pharmacie et les ambulances volantes. Trois appareils sont destinés à fournir de la glace à ces hôpitaux. Depuis, d'après les journaux anglais, les autres hôpitaux de campagne ont été expédiés d'Angleterre.

On s'explique la nécessité d'une hospitalisation considérable, par les conditions climatologiques et saisonnières défavorables, que doivent subir les troupes anglaises. Aussi l'augmentation de l'effectif actuel du corps expéditionnaire va entraîner une plus grande réunion de ressources hospitalières. — Ch. E.

FORMULAIRE

SIROP BROMURÉ CONTRE LA COQUELUCHE. — TORDEUS.

Bromure de potassium.	10	grammes.
Hydrolat de laurier-cerise.	5	—
Sirop d'ipéca.	125	—
Sirop de belladone, sirop d'éther, *àà*. . .	25	—

Faites disoudre. — Une cuillerée à café le soir, aux enfants atteints de la coqueluche, pour combattre l'élément spasmodique. Aux enfants d'un certain âge, on peut administrer 2, 3 et

4 cuillerées à café dans le courant de la journée et de la soirée. A mesure que la toux redevient catarrhale, on recourt à d'autres remèdes, parmi lesquels les expectorants et les toniques jouent le principal rôle. L'auteur recommande particulièrement l'infusion de polygala (5 grammes sur 150), à laquelle on ajoute, pour les enfants débiles, soit 20 gouttes de liqueur ammoniacale anisée, soit 1 gramme de carbonate d'ammoniaque. — Décoction de quinquina en cas d'inappétence, séjour à la campagne ou au bord de la mer. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — L.-A. Desmarres, qui fut longtemps un des oculistes les plus renommés de Paris, vient de mourir subitement le 22 août, à Neuilly. Il était né à Evreux le 22 septembre 1810.

Corps de santé de l'armée de terre. — Par décret en date du 15 août 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe : M. Babeau, en remplacement de M. Fontaine retraité ;

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Zeller, en remplacement de M. Babeau, promu ;

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Marty.

Concours. — Par arrêté en date du 22 août 1882, un concours sera ouvert, le 1er mars 1883, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hospice général de Tours. — Concours pour trois places d'élèves internes en Médecine et en chirurgie et concours pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants

La Commission administrative de l'Hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 14 août 1882, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant de septembre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au mardi 19 septembre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au mercredi 20 septembre, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'Hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé aux 26 et 27 septembre ; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Asile d'aliénés du Var. — Le préfet du Var donne avis que : Un concours est ouvert entre les architectes français pour la confection d'un projet d'asile mixte d'aliénés à construire dans le département du Var.

Le coût de l'établissement (mobilier non compris) pouvant contenir 600 aliénés assistés ne devra pas dépasser la somme de 1,200,000 francs. Le prix d'un pensionnat pour 60 malades payants n'est pas compris dans le chiffre ci-dessus. Les projets devront être déposés le 30 novembre 1882. Le concours sera jugé par un jury spécial dont la composition est fixée en principe dans la délibération susvisée du Conseil général. Les auteurs des trois projets classés les premiers, recevront chacun une prime, savoir :

L'auteur du projet n° 1 une prime de 3,000 francs ; l'auteur du projet n° 2 une prime de 2,000 francs ; l'auteur du projet n° 3 une prime de 1,000 francs.

Les projets primés seront acquis au département qui conserve toute sa liberté en ce qui concerne l'exécution.

Le programme du concours et le plan du terrain sur lequel doit être construit l'asile, seront adressés à toutes les personnes qui en feront la demande à M. le préfet du Var.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 29 août 1882. — Nous avons compté jusqu'à 20 académiciens. Le président est M. Larrey, le secrétaire M. Hervieux ; c'est dire qu'aucun des membres du bureau n'est présent. Mardi dernier, la situation était la même ; et comme mardi dernier, nous devons déclarer qu'aujourd'hui l'Académie n'a pas perdu son temps, car la séance a été bien remplie par un orateur dévoué, qui n'attend pas les publics nombreux et les brillants auditoires pour plaider avec chaleur, conviction et talent une cause à laquelle il a consacré ses travaux et ses veilles.

« Note sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants à Paris », tel est le travail que vient de lire M. Marjolin. On se rappelle que, dans la séance du 25 avril dernier, il a déjà remporté un succès légitime, en traitant à la tribune une des questions qui intéressent au plus haut degré l'hygiène infantile : l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses. Cette réforme de l'organisation hospitalière est depuis longtemps réclamée ; mais combien n'est-il pas difficile, en France, de secouer l'indifférence des pouvoirs publics ! L'orateur voulait, comme l'a dit alors notre confrère et ami M. Tartivel, « enrôler l'Académie de médecine dans cette sainte croisade dont il est devenu le Pierre l'Ermite, espérant que l'influence légitime du premier Corps médical de France pourrait vaincre enfin d'inexplicables résistances » ; et le 25 avril, l'Académie a voté l'envoi au ministre de l'intérieur du travail de M. Marjolin et de la discussion qui avait suivi sa lecture.

Aujourd'hui, même insistance, même ténacité dans l'exposition d'une doctrine qui est celle de toute la presse, de toutes les Sociétés médicales. L'expérience est faite, nous sommes unanimes, s'écrie l'ancien chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie ; « on se demande pourquoi l'Assistance publique met tant de lenteur à adopter nos vues, à mettre en œuvre les réformes que nous proposons. » Nous serions tenté de voir quelque ingénuité dans l'étonnement que paraît inspirer à M. Marjolin l'apathie d'une « Administration que l'Europe nous envie », si nous ne savions que sous cette forme oratoire se cache une connaissance approfondie des mœurs administratives, et un parti pris que les difficultés et les insuccès ne peuvent décourager.

En résumé, M. Marjolin demande une fois de plus qu'on évite l'encombrement et qu'on pratique l'isolement des maladies contagieuses. Pour arriver à ce double résultat, il propose, à titre de conclusions, une série de mesures : Abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants, augmenter le nombre des lits par la création de nouveaux hôpitaux, consacrer des salles distinctes aux maladies contagieuses, bâtir un ou plusieurs hôpitaux hors de Paris pour les petits malades qui réclament des soins prolongés, créer un service pour les épileptiques en dehors de ceux de Bicêtre et de la Salpêtrière, conserver et améliorer le traitement à domicile, etc.

Ces diverses formules sont discutées et votées une à une, comme s'il s'agissait d'une loi en plusieurs articles confectionnée à grand'peine par une assemblée parlementaire. L'Académie, cependant, n'est pas divisée ; mais quelques-uns veulent un peu plus de précision et de détails dans les propositions portées à la tribune, d'autres au contraire assurent qu'il faut rester dans le vague pour ne pas effrayer l'administration. Ce dernier sentiment, qui est celui de l'orateur, semble rallier la majorité (sur 20 membres présents). Ainsi donc, on est convenu de se cantonner

dans les aperçus généraux, pour que l'Assistance publique soit libre de les appliquer selon son gré, de faire peu ou beaucoup, vite ou lentement, et au besoin de ne rien faire du tout... Mais ne soyons pas ingrats, et n'oublions pas que M. Quentin, directeur général, vient, par une heureuse initiative, de créer une Commission d'hygiène hospitalière, dans laquelle (chose inouïe!) le Corps médical sera invité à donner son avis sur les questions de sa compétence, car les chirurgiens des hôpitaux, pour leur part, y sont représentés par deux membres. L.-G.- R.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COAGULATION DU SANG.

PREMIÈRE PARTIE :

Du rôle des éléments figurés dans la coagulation;

Par Georges HAYEM.

Suite. — (Voir le numéro du 24 août.)

Examinons maintenant si le microscrope peut servir à résoudre la question. Je vais revenir ici, en entrant dans quelques nouveaux détails, sur des faits que j'ai déjà eu l'occasion d'indiquer dans un autre travail et qui me paraissent intéressants au point de vue de la physiologie générale du sang (1).

Dans une préparation de sang pure faite convenablement, les globules rouges doivent se disposer en piles de monnaie de façon a ce qu'on ne puisse voir de globules isolés qu'à titre d'exceptions rares.

D'après Welcker, cette disposition remarquable résulterait uniquement de l'attraction qu'éprouvent les uns pour les autres les petits corps nageant dans un liquide et de la tendance qu'ils ont à se mettre en rapport par leur plus grande surface. Cette explication a été trouvée en général insuffisante. M. C. Robin croit qu'il est nécessaire d'admettre l'existence d'une substance spéciale qui accolerait les globules les uns aux autres, et Dogiel (2) a cherché a démontrer que cette substance n'est autre que la fibrine. Les arguments sur lesquels cet auteur s'appuie pour soutenir cette opinion ont été très justement critiqués par MM. Weber et Suchard (3) dans un travail où ils ont établi que les filaments aperçus par Dogiel entre les éléments des piles qui se désagrègent sont formés par la substance même des hématies.

Dans les études sur l'inflammation et la stase que j'ai poursuivies particulièrement sur la grenouille vivante, j'ai reconnu (après d'autres, je crois) la présence dans les vaisseaux des parties soumises à l'examen microscopique, de globules retenus par la paroi vasculaire et qui, agités à l'extrémité d'un fil fin par le mouvement d'oscillation du sang, ressemblaient à de petits pendules. Depuis j'ai retrouvé des globules effilés du même genre en examinant les vaisseaux du mésentère des mammifères. D'autre part, comme preuve à l'appui de l'intervention de la viscosité des globules dans la production des piles, j'ai fait remarquer que les hématies du chat nouveau-né, qui deviennent rapidement épineux, forment cependant dans les préparations de sang pur des piles très compactes (4). Enfin nombre de fois chez l'homme et chez les animaux, j'ai vu se produire dans le sang non coagulé, entre les globules rouges qui tendent à s'écarter après s'être accolés, des fils fins, trans-

(1) Du processus de coagulation et de ses modifications dans les maladies. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 février 1881. *Union méd.*, n° 80, 82 et 84, 1881.)

(2) DOGIEL. Ueber die Ursache der Geldrollenbildung im Blute des Menschen u. der Thiere. (*Arch. f. Anat. u. Phys. phys.* Abth., s. 222, 1879.)

(3) WEBER et SUCHARD De la disposition en piles qu'affectent les globules rouges du sang. (*Arch. de physiol.*, p. 521, 1880.)

(4) Note sur le sang du chat nouveau-né. (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 13 avril 1878. *Gaz. méd.*, n° 21, p. 257.)

parents qui, en retenant ces éléments, leur font prendre la forme d'une poire ou d'un fuseau.

Les globules rouges sont donc certainement des éléments visqueux, adhésifs, dont l'enveloppe peut s'étirer dans une certaine mesure, de manière à produire des filaments. Sous ce rapport, mes observatious sont conformes à celles que MM. Weber et Suchard ont fait valoir contre l'opinion de Dogiel. Il ne faut pas confondre, à l'exemple de cet auteur, les filaments de fibrine qui viennent s'attacher aux hématies comme à tout corps étranger, avec les fils formés par la substance même du globule rouge. Ce point établi, lorsqu'on examine ce que devient la cohésion des globules rouges après la précipitation de la fibrine, on reconnaît, contrairement aux assertions de MM. Weber et Suchard, que ces éléments se modifient très notablement pendant la coagulation. Voici le fait très significatif sur lequel j'attire particulièrement l'attention.

Au moment où les piles viennent de se former dans une préparation de sang recueilli rapidement (sang de l'homme par exemple), si l'on exerce des pressions modérées sur la lamelle, la cohésion des globules est telle que les piles prennent l'apparence d'une masse semi-liquide élastique qui s'allonge, s'étire sans se rompre et revient immédiatement sur elle-même. Les globules ne sont pas simplement placés les uns à côté des autres, ils sont pressés les uns contre les autres ; d'abord très distincts pendant les premières secondes de l'examen, ils sont, à un certain moment, comme fusionnés en une masse commune; les lignes qui les séparent s'obscurcissent, les sinuosités du bord de la pile s'émoussent, l'ensemble de la pile se rétracte d'une manière sensible, comme si elle était comprimée par une enveloppe extérieure se rétrécissant sur son contenu. Pendant ce temps, les bords libres de la pile deviennent remarquablement épais et réfringents. Le sang est alors coagulé, et si l'on vient à répéter les pressions exercées tout à l'heure sur la lamelle, on constate nettement que les piles n'ont plus les mêmes propriétés. Après s'être déformées légèrement dans une limite très étroite, tout à coup elles se désagrègent ; elles ne reviennent plus sur elles-mêmes en reprenant leur forme et leur disposition première, et si on renouvelle la pression sur la lamelle, on disperse facilement les globules qui sont devenus très mobiles et ne forment plus entre eux que des amas confus ou des piles peu compactes.

MM. Weber et Suchard ont très bien vu que dans le sang défibriné, les globules conservent la propriété de former des piles, de s'accoler et de produire ensuite des fils au moment où l'on cherche à les séparer. Cela est parfaitement exact. J'ai pu facilement, sur plusieurs échantillons de sang humain défibriné, suivre cette propriété des globules jusqu'à son extinction et constater qu'elle persiste tant que le cadavre globulaire n'est pas devenu vésiculeux. Mais elle est considérablement diminuée après la coagulation et elle ne s'observe plus que sur un très petit nombre d'éléments. Ainsi dans une goutte de sang humain défibriné placé sous le microscope, la tendance à former des piles est encore manifeste; mais ces piles sont faiblement cohérentes, et lorsqu'on exerce sur la lamelle des pressions douces et répétées, elles se mettent, par suite des courants produits dans le liquide, en rangées parallèles les unes aux autres. Evidemment, l'empilement paraît dû alors, presque exclusivement, aux causes invoquées par Welcker, bien qu'on puisse encore apercevoir par des pressions plus fortes des fils fins entre quelques-uns des globules qui se séparent.

Les différences que nous signalons entre les propriétés physiques des globules rouges, avant et après la coagulation, sont bien plus évidentes encore lorsqu'on opère avec du sang emprunté à un malade atteint de phlegmasie. L'augmentation de la fibrine du sang phlegmasique coïncide, en effet, avec une exagération de la viscosité des hématies, qui forment alors non plus des piles, mais des amas de piles très compactes. Dans une préparation convenablement faite ces amas, en se soudant entre eux, transforment les mers plasmatiques en lacs et, pendant tout le temps qui s'écoule avant l'apparition du réticulum, le réseau, formé par les globules rouges présente une ductilité et une élasticité remarquables.

Cependant dès que se montrent les filaments de fibrine, les piles se rompent, se désagrègent à la moindre pression, éparpillant leurs éléments au milieu du réseau épais du caillot.

Pour expliquer ces faits anatomiques, on ne peut guère faire que deux hypothèses. Dans l'une on admettrait que le globule est, à l'état normal, entouré d'une matière visqueuse qui augmenterait par transsudation dès que l'élément est sorti des vaisseaux, puis se dissoudrait dans le plasma et rendrait, après la coagulation, le globule moins adhésif et peut-être moins ductile. Dans une seconde hypothèse, on supposerait que la matière visqueuse qui entoure le globule normal subirait elle-même, pendant la coagulation, une sorte de durcissement ; qu'en d'autres termes, le globule rouge lui-même serait le siège d'une sorte de coagulation.

Cette seconde hypothèse est celle que je crois devoir adopter, car j'ai observé, dans certains cas pathologiques, une augmentation très prononcée de la viscosité des hématies, sans que la proportion de fibrine fût accrue ; dans un cas même (cirrhose hypertrophique, à marche rapide, avec ictère), le sang était certainement moins riche en fibrine qu'à l'état normal. Les modifications de la viscosité des globules paraissent donc indépendantes de celles de la fibrine. D'autre part, en examinant pendant plusieurs jours du sang défibriné, j'ai fait la remarque que la viscosité des globules, un moment diminuée après la défibrination, devient parfois plus prononcée vingt-quatre ou quarante-huit heures après.

En résumé, le rôle des globules rouges dans la coagulation paraît douteux, et s'il m'est impossible d'affirmer qu'il est nul, la suite de ces recherches montrera qu'il ne peut être, en tout cas, que tout à fait accessoire. Et cependant le globule rouge ne doit plus être considéré, après la coagulation spontanée ou la défibrination, comme un élément absolument normal. Mes expériences sur la transfusion ont d'ailleurs démontré que réintroduit dans l'organisme, après la défibrination du sang, il ne tarde pas à disparaître, de sorte que la transfusion faite avec le propre sang défibriné d'un animal équivaut à une saignée (1).

RÔLE DES GLOBULES BLANCS.

Dans la théorie d'A. Schmidt sur la coagulation, un rôle important est réservé aux globules blancs du sang. Relativement au sang des mammifères, voici, d'après cet auteur, comment on doit concevoir le processus de la coagulation. Le plasma ne renfermerait que deux corps albuminoïdes, l'albumine et la substance fibrinogène. Au moment où le sang sort des vaisseaux, les globules blancs se détruiraient rapidement et en grand nombre. Les produits de cette décomposition, parmi lesquels se trouve la substance fibrinoplastique, se dissoudraient dans le plasma, en même temps qu'apparaîtrait une substance jouant le rôle de ferment. On sait que ce ferment provoquerait, d'après Schmidt, la précipitation de la fibrine aux dépens de la totalité du fibrinogène et d'une partie seulement de la fibrinoplastique. Plus récemment, le même auteur a fait jouer également un certain rôle aux sels minéraux et à l'hémoglobine. Toutefois cette dernière substance, tout en favorisant la coagulation, ne serait pas absolument nécessaire à sa production.

Mantegazza a émis une opinion analogue. D'après lui, la fibrine serait un produit des globules blancs ; en l'absence de ces éléments, il n'y aurait ni formation de fibrine, ni coagulation. Mais cette production de fibrine ne serait pas le résultat, comme le veut A. Schmidt, d'une simple destruction des globules blancs, un phénomène cadavérique. La coagulation serait, au contraire, un phénomène vital, dû au contact des corps étrangers, des substances irritantes, etc., et à la production, par les globules blancs, d'une matière albuminoïde (fibrinoplastique) qui serait l'origine de la fibrine.

En négligeant le côté chimique de la question soulevée par A. Schmidt, il reste

(1) *Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques. Emissions sanguines; transfusion du sang; fer*, page 397. Paris, Masson, 1882.

un fait anatomique, celui de la rapide destruction des globules blancs. Ce fait, le seul que nous ayons ici à examiner, nous paraît facile à réfuter. Tous les anatomistes s'accordent, en effet, à reconnaître que les globules blancs sont les éléments les plus résistants du sang, ceux qui conservent le plus longtemps hors de l'organisme leurs caractères anatomiques et leurs propriétés physiologiques. En examinant au microscope avec la rapidité la plus grande possible, une goutte de sang sortant des vaisseaux, il est absolument impossible de voir un globule blanc se détruire sous les yeux. Au contraire, les plus grands de ces éléments, d'abord sphériques, et en quelque sorte tétanisés, ne tardent pas à prouver leur vitalité en changeant de forme et en se déplaçant.

Ces modifications vitales du protoplasma des globules blancs, connues sous le nom de mouvements amœboïdes, ont été décrites si souvent, d'une manière exacte, qu'il n'y a pas lieu d'y insister. Jamais je n'ai vu, dans mes nombreux examens de sang, un globule blanc se détruire ou même altérer sensiblement pendant l'acte de la coagulation, et, en recherchant avec soin comment se comportent les globules blancs dans les phlegmasies, il m'a été impossible de voir ces éléments donner naissance à des filaments de fibrine. J'ai constaté, au contraire, que les globules blancs continuent à se déplacer dans le sang phlegmasique, à travers les filaments du réticulum épaissi, en n'adhérant qu'accidentellement, et d'une façon temporaire, à quelques-uns de ces filaments. Cependant, en préparant le réticulum dans les phlegmasies par lavage et coloration, j'ai obtenu parfois des globules blancs, étalés en plaques anguleuses, irrégulières, des angles desquelles paraissaient partir des filaments fibrineux. Mais il faut bien savoir que ces filaments ont une tendance remarquable à adhérer à tout corps étranger.

A. Schmidt reconnaît que le froid, en retardant la coagulation, empêche également la destruction des globules blancs. Or, en examinant du sang porté à 0°, à la sortie du vaisseau, et dans lequel il ne se produisait aucune trace de coagulation, je n'ai pas trouvé plus de globules blancs que dans le même sang examiné à une température de 16° à 18°.

Mes expériences sur le cheval confirment pleinement les données précédentes.

Une jugulaire externe pleine de sang ayant été laissée suspendue verticalement dans une éprouvette entourée de glace fondante pendant dix-huit heures, on retire, en ponctionnant la veine au niveau de la couche plasmatique, un liquide citrin, clair, qui, examiné immédiatement au microscope, ne laisse voir que de très rares globules blancs. Au bout d'environ une heure (température extérieure 17° C.), la préparation contient un riche réseau filamenteux, et cependant les globules blancs ne sont ni détruits, ni altérés. Autour de quelques-uns d'entre eux, les filaments de fibrine sont plus serrés, mais pareil fait se remarque souvent autour d'un corps étranger quelconque.

Dans une autre expérience, le liquide plasmatique ainsi obtenu est filtré sur un triple papier Berzelius en plein air par une température de 0°. On obtient ainsi un liquide parfaitement clair et transparent qui ne contient au microscope que de très rares globules rouges (1 sur 25 à 30 champs microscopiques). La préparation, conservée dans le laboratoire à une température de 17°, laisse apercevoir, au bout d'environ deux heures et demie, un réticulum fibrineux, bien qu'il soit impossible d'y rencontrer un seul globule blanc.

Retenus sur le filtre, les globules blancs y ont conservé leurs caractères normaux.

Il est donc bien certain que la formation de la fibrine n'a pas pour origine une destruction des globules blancs. Mais peut-on dire également que ces éléments ne laissent transsuder aucune matière capable de modifier chimiquement le plasma? L'examen anatomique du sang pendant la coagulation ne fournit pas sur ce point des renseignements décisifs. Il n'en est pas de même des expériences faites sur le plasma filtré à 0°. Les très rares globules blancs que contient ce plasma lorsqu'on a soin de le recueillir à la partie supérieure de la veine restent sur le filtre sous la forme de globules sphériques et sont probablement aussi intacts que pendant leur séjour dans la veine.

Certains faits pathologiques peuvent également être invoqués contre la théorie d'A. Schmidt. On a fait remarquer avec raison que, dans les phlegmasies, il y a à la fois augmentation de la fibrine et des globules blancs. Mais s'il y avait un rapport étroit entre ces deux faits, on devrait trouver une augmentation énorme de fibrine dans la leucocythémie. Or, dans deux cas de leucocythémie très avancée, remarquables par la multiplication énorme des globules blancs, je n'ai trouvé aucune augmentation de la fibrine. De même dans un cas de sarcome des os à marche rapide, le sang de mon malade contenait un nombre tout à fait insolite de globules blancs sans que la fibrine fût augmentée. D'ailleurs, dans les divers cas d'accumulation de globules blancs dans le sang, il est facile de s'assurer que ces éléments ne subissent à leur sortie des vaisseaux aucune désagrégation.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS DE COMPIÈGNE ET LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

La coquette et paisible cité de Compiègne est le théâtre d'une petite révolution sociale. Ainsi que bien d'autres villes, Compiègne possède des Sociétés de secours mutuels. Au moment de leur fondation, on fit appel, suivant l'usage, à l'humanité traditionnelle du Corps médical. Nos honorés confrères répondirent généreusement à cette demande et firent, pendant de longues années, assaut de zèle et de dévouement pour venir en aide aux Sociétaires.

Depuis quelques temps, au lieu de se borner à recevoir comme membres participants de simples ouvriers, ces Sociétés étendirent le privilège aux patentés, aux patrons et même à des employés d'administration. C'était assurément abuser immodestement de la charité des médecins et compromettre leurs intérêts. Le président de l'une d'elles consentit alors à une entente, et on put continuer ainsi dans cette Société de faire le bien comme par le passé.

Mais le bureau des autres Sociétés refusa de prendre en considération les équitables réclamations de nos confrères. De là, échanges de lettres, ruptures des relations, conflits, et suivant l'usage, des paroles on vint aux faits. Comme le président de l'une d'elles était le maire de la ville il fit venir un médecin et lui assura un traitement, en lui attribuant à la fois les faveurs des services médicaux municipaux et les minces avantages pécuniaires attachés au fonctions de médecin de la Société de secours mutuels qu'il présidait. *Inde iræ* (1).

Eh bien, nos confrères de Compiègne ont eu une excellente idée en faisant appel à l'Association des médecins de l'Oise. Il est probable que l'intervention de cette dernière auprès des pouvoirs publics, mettra un terme à ce fâcheux conflit municipal. D'ailleurs, les fonctions publiques sont assez mal rémunérées pour que les titulaires ne soient pas à la merci des passions administratives. Relativement à la question soulevée par le conflit avec les Sociétés de secours mutuels, elle n'en est pas moins grave. Il est incontestable que les abus signalés à Compiègne existent ailleurs encore. Aussi, quoi qu'en disent les réfractaires aux principes des associations, ces dernières seules lutteront avec avantage et obtiendront certainement par leur persévérance, l'observation des règles de bienséance professionnelle, trop souvent omises par certains médecins, et le respect des contrats consentis avec le Corps médical par les administrations publiques ou privées. — Ch. E.

(1) *Le maire de la ville de Compiègne et les médecins.* Paris, 1882; Martinet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1882. — Présidence de M. Larrey.

La correspondance non officielle comprend des lettres de remerciments de MM. Toussaint et Just Lucas-Championnière, lauréats de l'Académie.

—

M. Polaillon présente, au nom de M. le docteur Silvestrini, professeur de clinique médicale à l'Université de Sassari :

1° Une brochure en italien intitulée : *Sur la maladie de Dressler* (hémoglobine, albuminurie paroxystique);

2° Une deuxième brocure intitulée : *Contribution à l'étude de la pathologie cérébrale* (hémiplégie, hémi-épilepsie, aphasie, trépanation du crâne);

3° Un travail manuscrit intitulé : *Abcès du cerveau survenu à la suite d'une fracture du crâne; trépanation; évacuation du pus; mort à la suite d'une pachy-méningite consécutive.*

M. Polaillon est chargé, par M. le Président, de présenter un rapport sur ces travaux, adressés par M. Silvestrini à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

—

M. Marjolin donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants.*

Voici les conclusions de ce travail, que M. Marjolin demande à l'Académie de vouloir bien appuyer de sa grande autorité et de son influence auprès de l'Administration.

1° Abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants;

2° Augmenter le nombre des lits consacrés aux enfants malades par la création, dans Paris, de deux nouveaux hôpitaux.

3° Séparer rigoureusement, dans des services distincts, les enfants atteints de maladies contagieuses.

4° Créer hors Paris un ou plusieurs hôpitaux plus spécialement affectés aux enfants dont la santé et les maladies exigent un traitement et des soins prolongés.

5° Supprimer la distinction des maladies en aiguës et en chroniques, et conserver pour les hôpitaux d'enfants le classement adopté dans les services d'adultes, affections médicales et chirurgicales.

6° Création d'un service spécial pour les jeunes épileptiques, en dehors des services de Bicêtre et de la Salpêtrière.

7° Conservation des services internes des teigneux, avec adoption de mesures assurant le fonctionnement régulier du traitement externe.

8° Conserver et améliorer le traitement à domicile, lorsque les conditions de salubrité de logement et la situation de la famille le permettent, et que les maladies ne sont pas contagieuses.

L'Académie, ayant accepté le principe général des améliorations proposées par M. Marjolin, passe à la discussion des diverses propositions ci-dessus indiquées.

Chacune de ces conclusions est successivement mise aux voix:

La première est adoptée sans modifications.

La seconde est l'objet d'une courte discussion à laquelle prennent part MM. Fauvel, Henri Roger, Blot, Larrey et Marjolin; sur la proposition de M. Blot, il est décidé qu'on n'indiquera dans la rédaction de la conclusion, ni le nombre des lits, ni le nombre des hôpitaux à créer.

La troisième et la quatrième conclusions sont adoptées sans discussion.

La cinquième conclusion, à la suite d'une discussion assez prolongée, à laquelle prennent part MM. Henri Roger, Fauvel, Rufz de Lavison, Marjolin, Larrey, est modifiée par la suppression du premier paragraphe et réduite aux termes suivants : « Adopter pour les hôpitaux d'enfants le classement en usage dans les servicrs d'adultes, affections médicales et chirurgicales. »

La sixième conclusion est modifiée, sur la demande de M. Henri Roger, par l'addition des mots « et les idiots » à la suite des mots : pour les jeunes épileptiques.

Les septième et huitième conclusions sont adoptées sans modification.

Sur la proposition de MM. Larrey et Henri Bouley, l'Académie décide qu'en son nom le travail de M. Marjolin, et ses conclusions modifiées, seront adressés à M. le ministre de l'intérieur.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq minutes.

Association française pour l'avancement des sciences

XIe Session. — Congrès de La Rochelle.

La Rochelle, 26 août 1882.

Les Congrès, comme les jours, se suivent, mais ne se ressemblent pas. Après Alger, après Londres, où les distractions s'offraient à chaque pas, nous tombons dans une petite ville sévère dont le passé est rempli de souvenirs d'énergie, de lutte, de travail; comme l'aspect d'Alger semblait inviter à la flânerie, celui de la Rochelle semble nous dire : « Messieurs, soyez assi-

dus aux séances, car je n'ai à vous offrir que l'aspect de mes vieilles maisons, de mes vieux monuments; je suis vieille, soyez sérieux! »

L'accueil qui nous a été fait par cette petite ville de 20,000 âmes a été moins brillant que celui que nous avions reçu dans les riches cités du Havre, de Bordeaux, de Lille, de Nantes, mais non moins cordial; là, comme dans les grandes villes que nous venons de nommer, l'Association s'est sentie chez elle, dès les premières paroles du maire, M. Dor, qui lui a souhaité la bienvenue. Jeudi soir, comme d'habitude, la municipalité de la ville a reçu les membres de l'Association à l'Hôtel de Ville. Ce monument, admirable construction du commencement du XVIIe siècle, a été récemment réparé, remis à neuf, de la manière la plus intelligente, et chacun de nous s'extasiait devant la décoration et l'ameublement, dont presque toutes les pièces étaient *de l'époque.* La façade, éclairée par des milliers de feux placés en face d'elle, ressortait blanche et nette sur le fond noir du ciel, très orageux ce soir-là, et ses moindres détails apparaissaient aux yeux ravis. Qu'il me soit permis de rappeler que c'est dans une salle de cet Hôtel de Ville que Guiton, maire de la Rochelle, lors du siège mémorable de 1628, jeta son poignard sur la table en disant qu'il poignarderait de sa main le premier qui parlerait de se rendre. La table existe encore, portant toujours la trace du poignard de Guiton, mais l'arme a disparue.

Le vendredi et le samedi ont été consacrés aux affaires, c'est-à-dire aux séances de sections. Je n'ai pas à m'occuper ici des seize sections de l'Association, ce serait trop d'ubiquité; je me localiserai, comme d'habitude, à celle des sciences médicales.

Notre président est M. Azam (de Bordeaux); les vice-présidents : MM. Drouineau père (de la Rochelle), Henri Henrot (de Reims), Duplouy (de Rochefort) et Leudet (de Rouen); les secrétaires : MM. de Musgrave-Clay (de Pau), Le Clerc et Giraudeau, internes des hôpitaux de Paris, et votre serviteur.

La première séance débute bien; elle commence par la nomination de M. Verneuil, comme président d'honneur. Nous voyons d'ailleurs autour de nous beaucoup de collègues éminents, car ici, il n'y a plus ni maîtres, ni élèves, il n'y a plus que des collègues, tous courtois les uns envers les autres. Ce sont MM. J. Rochard, le professeur Potain, Gayet, Ollier, Paulet et Peyroud, de Lyon, Pitres, de Bordeaux, Decès, de Reims, Bernheim, de Nancy, etc., et une soixantaine de médecins venus des diverses parties de la France. D'autres sont encore annoncés, et les ordres du jour déjà très chargés.

C'est un orthopédiste de Reims, M. Tricout, qui ouvre la série des communications par la présentation de trois appareils ingénieux : un pessaire en ivoire maintenu en place à l'aide de sous-cuisses s'adaptant à toutes sortes de ceintures; un irrigateur qu'il appelle silencieux, et un suspensoir dont la principale qualité est de ne pas enfermer la verge.

M. de Musgrave-Clay communique une intéressante observation d'ostéo-arthrite du coude guérie par l'ergot de seigle à l'intérieur et l'immobilisation momentanée. C'est une application du traitement des affections du système osseux préconisé par M. Duboué (de Pau). L'arthrite était en pleine suppuration lorsqu'on donna au malade, un enfant de 6 ans, 40 centigrammes de seigle ergoté; il y eut diminution rapide de la douleur, de l'inflammation et de l'écoulement purulent; on augmenta la dose jusqu'à 75 centig. et on la continua jusqu'à ce qu'un jour le malade sentit de l'engourdissement dans les pieds; l'écoulement était alors tari; on diminua peu à peu les doses. La guérison fut parfaite, et aujourd'hui il reste seulement un peu de raideur dans les mouvements.

M. Mauny lit ensuite un travail sur le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la cautérisation du col de l'utérus, en citant 13 cas dans lesquels ces vomissements cessèrent sans qu'aucun accident résultât de ce traitement. Dans un seul cas, il n'y eut pas de succès. La cautérisation était faite avec le fer rouge ou la pâte de Vienne, après toutefois que tous les moyens employés en pareil cas eurent échoué.

Quand on sait combien les manœuvres sur l'utérus et même le vagin pendant la grossesse sont susceptibles de provoquer l'avortement, on peut s'étonner, avec M. Paul Landowski, de ne voir signaler aucun accident après un traitement aussi actif. J'ai partagé aussi ces craintes et recommandé à M. Mauny d'essayer, avant de cautériser, les inhalations d'oxygène qui ont si bien réussi à M. Pinard dans un cas où tout autre moyen était resté inefficace.

M. Henrot a fait remarquer qu'il était essentiel de s'assurer d'abord de la situation de l'utérus; dans bon nombre de cas, les vomissements sont dûs à une flexion du corps sur le col, et, dans ces cas, les moyens qui n'ont pas pour but de replacer l'organe en bonne position sont inutiles.

M. Boucheron poursuit ses recherches sur la surdi-mutité par otopiésis ou compression de l'oreille interne, dont il a été question déjà au Congrès de Londres. Vous savez comment il explique la production de la surdité. La trompe d'Eustache venant à s'oblitérer par une cause quelconque, l'air renfermé dans la caisse se résorbe, le vide s'y fait, et la pression atmos-

phérique s'exerçant par le conduit auditif, exerce de dehors en dedans une sorte de tassement des membranes qui s'oppose à la transmission des vibrations sonores. Pendant un certain temps, si l'on vient à faire cesser l'oblitération de la trompe, la surdité est curable, mais bientôt la compression des filets terminaux du nerf acoustique en amène la paralysie et la maladie est incurable.

A l'appui de cette opinion, M. Boucheron cite le fait suivant : Un chien sourd-muet de naissance fut sacrifié au cinquième mois, on ouvrit l'oreille sous l'eau et on ne constata la sortie d'aucune bulle de gaz. On trouva les lésions nerveuses signalées par M. Boucheron, démontrées par l'examen microscopique de l'oreille interne par M. Ranvier. Malheureusement il reste dans cette pièce un doute sur l'oblitération de la trompe d'Eustache. Une injection de liquide poussée avec force passa par la trompe; il existait donc un obstacle, mais non une oblitération complète.

Une autre objection sérieuse fut faite à la théorie de M. Boucheron, à propos du vide qu'il invoque dans l'oreille moyenne : s'il n'y a pas d'air dans la caisse, il y a autre chose, du mucus, comme il le dit lui-même, du liquide ou de la vapeur d'eau, dit M. Gayet, puisqu'il y a là des vaisseaux et des glandes.

M. Boucheron avait comparé la surdité par otopiésis au glaucome de l'œil; dans ce dernier cas, il y a hypersécrétion de liquide, distension des membranes, compression et atrophie du nerf optique. Dans l'oreille, il n'y a pas de distension possible, comme l'ont fait remarquer MM. Paulet et Gayet, parce que l'oreille est contenue dans une boîte osseuse, creusée dans le rocher; mais alors le nerf acoustique n'en est que mieux comprimé et son atrophie plus sûre.

M. Paul Landowski nous a fait une très intéressante communication sur la morphiomanie et le morphinisme, l'une amenant l'autre. La morphiomanie, si répandue maintenant qu'on a été obligé de construire des hôpitaux spéciaux pour le traitement des morphiomanes, paraît avoir débuté en Amérique; elle s'est installée bientôt en Allemagne. En 1866, après la guerre avec l'Autriche, elle a fait de rapides progrès; puis en 1871, après la guerre avec la France. M. Landowski les attribue aux blessés dont on a calmé les souffrances avec les injections de morphine, et qui se sont peu à peu habitués à y avoir recours de plus en plus.

En France, on commence à souffrir de cette calamité; la mode s'en répand de jour en jour, et M. Landowski en a donné très bien les raisons. Dès qu'un malade s'en trouve bien, il contamine ses parents et ses amis en leur vantant les bienfaits des injections sous-cutanées de morphine. C'est surtout dans la classe aisée qu'on observe les cas, car en somme le médicament coûte encore assez cher. Une autre cause est un peu la faute du médecin, qui, ne pouvant faire lui-même les injections, confie à une *personne intelligente de la famille* le soin de les faire ; alors tout le monde en use. Les médecins eux-mêmes, qui ont le moyen sous la main, fournissent à la manie un large contingent de sujets; sur 160 malades connus de M. Landowski ou de ses amis, il y a 56 médecins et 26 personnes touchant plus ou moins à la médecine, comme les sages-femmes, les garde-malades, etc. La morphiomanie devient une maladie grave, qui finit par attaquer les viscères, et les malades meurent presque tous avec du sucre ou de l'albumine dans l'urine.

Le traitement de Lewinstein, qui consiste à supprimer brusquement l'emploi de la morphine, ne vaut rien; il survient alors un collapsus grave qui emporte parfois le malade. Il vaut mieux ne supprimer que la moitié de la dose habituelle, puis diminuer peu à peu à partir de cette quantité. S'il survient alors de la diarrhée, ce qui est assez fréquent, il est bon de donner un peu d'extrait thébaïque par la bouche. Ceci a deux avantages : d'abord, on peut continuer à diminuer la dose de morphine; ensuite l'extrait thébaïque, étant peu agréable, dégoûte facilement le sujet de l'emploi des opiacés. Le mieux est de traiter prophylactiquement la morphiomanie, en ne laissant pas les malades s'administrer eux-mêmes les injections de morphine.

M. Verneuil a fait ressortir l'importance que la morphiomanie possède au point de vue chirurgical. Les cancéreux qui souffrent sont souvent des morphiomanes et s'en cachent. Le chloroforme les fait souvent tomber dans un état fort alarmant de collapsus et d'hypothermie dont il est parfois difficile de les tirer. Quand ils ont des lésions viscérales, les piqûres provoquent chez eux des phlegmons et des érysipèles de mauvaise nature, et, dans un cas de résection du nerf radial pour névralgie, il est survenu un phlegmon bronzé qui a emporté l'opéré en quelques jours.

M. Rochard a signalé quelques particularités intéressantes chez ces sujets : La fréquence des abcès locaux par suite du manque de propreté de la seringue, la possibilité d'une mort subite sans cause appréciable; la dose élevée de chlorhydrate de morphine qu'ils peuvent s'injecter impunément en vingt-quatre heures, et qui peut aller jusqu'à 3 grammes ; enfin, l'absence de troubles digestifs, la conservation de l'appétit, malgré cette consommation effrayante de morphine.

M. Edouard Landowski a observé chez les morphiomanes un signe qui peut éclairer le diagnostic: c'est l'existence d'une bourse séreuse à la face interne de l'index et externe du médius, au niveau de la dernière phalange, et causé par l'usage fréquent de la seringue. La passion du piston est la cause déterminante de ces bourses séreuses véritablement professionnelles.

M. Dransart donne une nouvelle théorie du nystagmus des mineurs qui, d'après lui, serait dû à la fatigue des muscles élévateurs de l'œil, déterminée par le genre de travail des mineurs, obligés de regarder souvant en l'air. M. Gayet, de Lyon, adopte cette théorie, confirmée, d'après lui, par des expériences physiologiques. D'après M. Dransart, l'anémie des mineurs ne rencontrerait pas de causes spéciales, et ne serait pas plus fréquente que dans les autres classes industrielles.

M. Leudet, de Rouen, fait sur la gastro-entérite des alcooliques une communication intéressante dont voici les conclusions :

1° Etudiée dans les diverses classes de la société, la gastro-entérite alcoolique présente des caractères particuliers.

2° Les lésions et les symptômes morbides peuvent se rencontrer simultanément dans l'estomac et dans l'intestin, c'est la gastro-entérite ; d'autres fois les lésions frappent plus spécialement l'estomac ou l'intestiu.

3° La qualité des alcools consommés paraît contribuer moins à la pathogénie des divers accidents que le mode d'ingestion des alcooliques ; la preuve principale se tire de la nature des accidents observés chez les marchands de liquides en gros et les patrons des débits de liquides fréquentés par la classe ouvrière.

4° La continuité de l'ingestion des alcooliques, sa quantité relativement modérée, tel est le mode d'absorption des hommes de la classe aisée.

5° L'ouvrier joint à cette habitude de consommation des alcooliques, celle d'exagérer momentanément et d'une manière considérable la quantité des boissons ingérées.

6° La forme de gastro-entérite, de gastrite ou d'entérite plus spéciale aux hommes de la classe aisée, est la forme catarrhale, dont la durée peut être de beaucoup d'années.

7° La forme de gastro-entérite aiguë, subaiguë ou chronique est plus fréquente dans la classe ouvrière.

8° L'ulcère de l'estomac, fréquent chez les ouvriers, existe aussi chez les gens de la classe aisée ; chez eux, il affecte la forme chronique.

9° Les troubles nerveux somatiques et intellectuels sont habituels dans les deux catégories de malades.

10° Les hépatites, les altérations vasculaires sont relativement plus fréquentes et plus lentes chez les alcooliques de la classe aisée.

Je dois vous signaler encore dans cette première séance, un très bon exposé de l'état sanitaire de la ville de Rochefort, par M. le docteur Bourrut, professeur à l'école de santé. Il résulte de cet exposé que l'état sanitaire de cette ville, qui était si mauvais il y a deux siècles, s'est fort amélioré depuis. C'était un pays palustre qui a profité largement de l'hygiène moderne grâce aux travaux des ingénieurs, et dont la mortalité actuelle est la même que celle de la moyenne de la France.

Le grand nombre des communications annoncées a nécessité une séance supplémentaire dans l'après-midi. M. Verneuil a communiqué, au nom de M. Ramonat, son interne, une observation rare de luxation d'épaule avec fracture de deux côtes par l'extrémité luxée de l'humérus.

Cette séance a été remplie presque en entier par une discussion sur la transfusion du sang, discussion soulevée par une communication de M. Roussel (de Genève) à ce sujet.

Les opinions de M. Roussel sur la transfusion sont trop connues pour que j'aie besoin d'y insister longuement. Je rappellerai seulement que pour lui, le frisson qui se produit après la transfusion est un indice de réaction de l'organisme, indice favorable ; qu'il injecte des doses de sang allant jusqu'à 300 grammes au minimum ; que l'urine est le critérium de la qualité de la transfusion, celle-ci étant bonne quand il n'y a rien dans l'urine après, et mauvaise quand on y trouve de l'albumine et des globules déformés du sang.

De puissantes critiques se sont élevées contre la transfusion. M. Giraudeau dit que le procédé de saigner le sujet qui fournit le sang est défectueux parce qu'on ne sait pas jusqu'où l'on va. M. Henrot dit que les indications de la transfusion ne sont pas assez nettes et en donne quelques-unes ; quand il s'agit d'anémie aiguë, produite par une seule hémorrhagie, la transfusion n'est pas nécessaire ; quand il s'agit d'hémorrhagies répétées, il faut l'employer.

M. Verneuil pense que la transfusion est une opération difficile, dangereuse et inutile. Il pense que le sang n'agit que comme stimulant, et qu'il vaut mieux employer l'éther en injections sous-cutanées ; ce moyen a fait ses preuves, et il est très efficace sans avoir les inconvénients de la transfusion. Celle-ci a eu déjà bien des insuccès, mais on ne les cite pas.

Il admet les succès annoncés de la transfusion, mais ne croit pas que l'agent d'excitation doive être nécessairement le sang.

M. Henrot, partisan de la transfusion seulement dans certains cas, croit qu'il vaut mieux avoir recours à l'excitant naturel, le sang, qu'à tout autre; mais il donne aux adversaires de la transfusion le meilleur argument possible : « J'ai pratiqué souvent la transfusion autrefois, dit-il, mais alors je ne connaissais pas les ressources offertes par l'éther et l'ergotine; depuis sept ans que j'ai recours à ces agents je n'ai plus eu l'occasion de faire la transfusion. » Comment dire plus explicitement que la transfusion est inutile ?

La séance s'est terminée par la lecture d'une observation de scorbut chez un enfant de 7 mois. C'est une affection rare à cet âge, comme l'a fait remarquer l'observateur, M. le docteur Verger.

L.-H. PETIT.

VARIÉTÉS

EXTRAIT DES MÉMOIRES DE BOUTEILLER D'ARDENAY (ANNÉE 1670).

POUR LA TRANSFUSION DU SANG.

Un particulier nommé Denys, médecin dans l'Université de Rheims et, pour lors, enseignant les mathématiques à Paris, approuvant la transfusion du sang, l'entreprist un jour sur un homme qui était tombé dans la démence, jusques à courir les rues tout nud et lequel, dans ses plus grands emportements se portait à bruller tout ce qu'il rencontrait : en sorte que Denys, s'estant servi de son remède sur la personne de ce misérable, le mist bientost en estat de le reconnoistre et receut sa guerison : mais ayant demeuré deux moys dans son bon sens, il retomba dans la mesme démence, et Denys pour une seconde foys lui donna le sang d'un veau, duquel animal il se servait pour faire la transfusion : le patient la souffrit encore et en fut un peu soulagé parce que les faiblesses dans lesquelles il tomba empescherent qu'on ne la donnast toute entière. Enfin ayant passé quelques jours dans un sens assez bon il le perdit entièrement, et sa femme au désespoir de le revoir en cet estat eut encore recours à Denys, lequel elle pria instamment d'hazarder encore une foys son remède. Denys voyant la grande foiblesse de ce pauvre misérable fist difficulté d'en faire son troizième essay, neantmoins à la sollicitation de cette femme il l'entreprist, mais le malade souffrit des tourments insupportables à mesure que le sang de l'animal luy coulait dans les veines, en sorte que Denys se vit obligé de s'arrester dans le pitoyable estat où estoit le patient, lequel jettait des crys effroyables, et l'ayant remis dans le lit, il mourut six heures après Ensuitte la veufve poursuit Denys au Chastelet, obtint un décret d'adiournement personel contre luy, et demande des dommages et intérest. Denys de son costé se deffend et obtint réciproquement un décret d'adiournement personnel contre elle, prétendant qu'elle l'avait empoisonné. L'affaire fut jugée à l'advantage de la veufve. Denys en appela à la Tournelle criminelle où la chose ayant été civilisée, elle fut portée au Parlement, où la cause fut playdée par M. de Bouillé père de M. le premier Président parlant pour Denys, par monsieur Pageot parlant pour un nommé Emeray Me chirurgien à Paris, lequel fut compris dans le procès ayant assisté Denys aux trois différentes transfusions qu'il avait faictes : de l'autre costé M. Robert le jeune parla pour la veufve. Denys playda sa cause en latin, en sorte que cette question ayant été fort bien traictée de part et d'autre, sur les conclusions de M. l'advocat général Bignon on mit l'appellation et ce dont avait été appelé au néant. Les partyes furent renvoyées de l'extraordinaire, et fut faict deffense à tous médecins d'exercer la transfusion à peine de punition corporelle. Les dépens compensés. Donné au Parlement et prononcé par M. de La Moignon premier président, le jeudy 2e janvier 1670.

FORMULAIRE

PILULES LAXATIVES. — AUDHOUI.

Aloès du Cap pul., crême de tartre pul., *ää.*	2	grammes.
Savon amygdalin.	4	—
Gomme pulv.	2	—

Sirop simple, q. s. pour 100 pilules.

On prescrit une, deux, ou plusieurs de ces pilules, soit en une fois, soit en deux ou trois fois, au moment des repas, pour faire cesser la constipation et provoquer une selle chaque jour. — N. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 18 au 24 août 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,034. — Fièvre typhoïde, 74. — Variole, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 28. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 7. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchites aiguës, 14. — Pneumonie, 56 Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 125 ; au sein et mixte, 58 ; inconnus, 6. — Maladies d l'appareil cérébro-spinal, 77 ; circulatoire, 49 ; respiratoire, 59 ; digestif, 46 ; génito-urinaire, 22 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 34e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,181 naissances et 1,034 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 925, 929, 906, 1,100. Le chiffre de 1,034 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (74 décès au lieu de 106 pendant la 33e semaine), la Rougeole (9 décès au lieu de 13), la Diphthérie (28 au lieu de 36), la Scarlatine (2 au lieu de 5) ;

Une aggravation pour l'Inection puerpérale (4 décès au lieu de 1).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 3 décès par Coqueluche (au lieu de 1) : 8 décès par Variole et 7 par Érysipèle : ces derniers chiffres sont ceux qui avaient déjà été constatés, pour ces maladies, dans le dernier bulletin.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Diphtérie (23 malades reçus du 14 au 20 août, au lieu de 24 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Fièvre typhoïde (251 au lieu de 338, et supérieur pour la Variole (28 au lieu de 21).

L'état sanitaire, comme on le voit, s'est sensiblement amélioré. L'épidémie typhique est en décroissance au double point de vue de la mortalité et de la morbidité. Le nombre des admissions dans les hôpitaux est tombé de 338 à 251 et le chiffre des avis dénonçant des cas d'invasion au domicile privé est descendu de 95 à 79. Certains quartiers cependant ont encore été particulièrement frappés : celui des *Quinze-Vingts*, notamment, qui a eu 7 décès de Fièvre typhoïde et celui de la *Villette* qui en a compté 5.

Déjà, pendant la 33e semaine, ces mêmes quartiers avaient été très éprouvés par l'épidémie.

Sur 8 décès par Variole, 4 ont été constatés dans le quartier des *Quinze-Vingts* ; les quartiers voisins de *Picpus* et de la *Roquette* en ont eu chacun 1.

L'examen du tableau des décès par groupes d'âges montre que cette semaine encore, les jeunes enfants ont payé à l'athrepsie un tribut considérable : 189 sont morts par cette cause et sur ce chiffre, 58 seulement étaient nourris au sein. Les âges de 15 à 35 ans sur lesquels frappe plus particulièrement l'épidémie de fièvre typhoïde, ont également donné un nombre de décès supérieur à la moyenne hebdomadaire, tandis que les vieillards, malgré le chiffre plus considérable de Pneumonies que leur occasionne la température actuelle, conservent, relativement, un très faible taux de mortalité.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Falsification du lait. — Depuis qu'une surveillance active est exercée sur la falsification, au moyen de l'eau, du lait mis en vente, les nourrisseurs se sont efforcés d'activer la lactation des vaches tenues à l'étable au moyen d'une nourriture appropriée, particulièrement par l'emploi des drèches. La quantité de lait est notablement augmentée, mais aux dépens de la santé des animaux. M. Ch. Girard, directeur du laboratoire municipal de chimie, à Paris, vient de signaler cette « sophistication avant la lettre » dans une missive adressée à la Société de médecine publique ; il insiste sur ce que le lait, dans ces conditions, n'est plus qu'un « liquide aqueux, non nutritif et peut-être phthisiogène ». La Société a confié l'examen de cette question à une commission composée de MM. Barier, Baron, Brouardel, Budin, du Mesnil, H. Fauvel, Girard, A.-J Martin, Napias, Pabst, Porak, Railliet, Trascot, Émile Trélat et Vallin.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. L.-G. Richelot, agrégé, suppléant M. le professeur Richet.

SUR L'ÉTAT FONCTIONNEL DU MEMBRE INFÉRIEUR A LA SUITE DES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE,

Leçon du mardi 8 août 1882, recueillie par P. Dalché, interne du service.

Messieurs,

J'ai attiré votre attention sur un homme de 54 ans, couché au n° 27 de la salle Saint-Landry, qui est à l'Hôtel-Dieu depuis un mois pour une *fracture transversale de la rotule avec écartement*. Je ne veux vous rappeler ni les causes ni les symptômes de ces fractures; le seul point de leur histoire dont je tienne à vous entretenir, c'est leurs suites et l'état fonctionnel du membre inférieur après leur consolidation. En effet, les auteurs classiques n'ont pas épuisé cet important sujet.

Je n'ai pas besoin de vous dire que cet homme a subi, entre les mains de M. le professeur Richet, le traitement le plus rationnel. Il avait, paraît-il, immédiatement après sa fracture, un épanchement considérable; vous savez que l'épanchement articulaire est en pareil cas un fait habituel. Un appareil a été placé en temps opportun et laissé jusqu'à présent; les fragments ont été rapprochés le mieux possible, afin de prévenir la persistance de l'écartement. Voici maintenant les résultats obtenus :

Comme il arrive trop souvent, l'écartement n'a pu être corrigé, et, malgré les appareils contentifs, nous avons trouvé ce matin un espace de 4 centimètres entre les deux moitiés de la rotule. La fracture est d'ailleurs consolidée, guérie comme

FEUILLETON

CAUSERIES.

Nous voici au moment de l'année où certaines influences saisonnières ramènent, à échéance fixe, plusieurs épidémies, dont quelques-unes ont des rapports étroits avec les choses médicales.

Ce sont d'abord les distributions de prix, qui viennent de sévir avec intensité sur toute la surface du territoire; agréables cérémonies..... où l'Université est en pantalons blancs, comme dirait Pailleron, et où débordent les flots d'harmonie et les flots d'éloquence que l'on peut se procurer jusque dans les plus petites localités. Je n'ai jamais été convié à l'honneur de prononcer un discours devant les jeunes élèves, qui se préparent à ceindre ces couronnes où le papier peint se mêle au fil de laiton, et à enrichir leurs bibliothèques de l'*Histoire de Charles-Quint*, de la *Vie de Duguesclin*, et des *Merveilles de la Physique*; il n'est même pas probable que je remonte jamais, pour cause de discours, sur l'estrade où de graves personnages m'ont prophétisé jadis de brillantes destinées, parce que j'avais décroché un prix de version latine. Mais enfin, comme tout est possible, si cela m'arrivait un jour, je promets aux jeunes élèves déjà nommés un discours qui ne retardera pas beaucoup leur entrée en vacances : « Vous venez, leur dirais-je, de passer dix longs mois, enfermés, comprimés, sur- « veillés et réglementés dans toutes les minutes de votre existence. Il s'agit de changer tout « cela, car si l'on vous donne des vacances, ce n'est pas sans doute pour y continuer ce que

elle peut l'être; un cal fibreux, qui semble épais et solide, unit entre eux les fragments. Après avoir constaté ces faits, je me suis enquis de l'état fonctionnel du membre, et j'ai reconnu que, le malade étant couché, tout mouvement d'extension est impossible : malgré les plus grands efforts, notre homme est incapable de détacher le talon du lit. Puis vous m'avez vu explorer le triceps fémoral, son volume et sa force.

Vous vous tromperiez, Messieurs, si vous pensiez que le traitement est fini et que notre œuvre est arrivée à son terme. Cet homme n'est pas guéri; c'est maintenant, au contraire, que son histoire chirurgicale commence. Il s'agit de savoir comment il marchera, et s'il dépend de nous de l'aider à recouvrer ses fonctions compromises. Les résultats déplorables maintes fois observés à la suite des fractures de la rotule, ont toujours vivement préoccupé les chirurgiens; et je crois pouvoir vous dire que, si les traitements les plus attentifs ont donné tant de déboires, cela tient à ce que les vraies causes de la gêne fonctionnelle n'ont pas été suffisamment discernées. C'est pourquoi j'ai aborbé cette question, avec le désir d'ajouter aux connaissances classiques une notion nouvelle dont je ne suis pas l'inventeur, que tous les chirurgiens possèdent aujourd'hui, mais que je ne vois et n'entends nulle part mentionner à propos des fractures de la rotule et des suites qu'elles entraînent, de telle façon qu'elle ne fait pas encore partie intégrante de leur histoire.

Vous savez que l'écartement qui survient, quand la rotule se brise transversalement, dépend de plusieurs causes diversement combinées : déchirure plus ou moins étendue des parties fibreuses dont l'os est enveloppé, contraction tonique du triceps, épanchement articulaire qui éloigne les fragments séparés et leur imprime un mouvement de bascule en vertu duquel leurs surfaces anormales regardent en avant. Encore une fois, il arrive trop souvent que cet écartement persiste malgré tous les appareils imaginés par les chirurgiens (peu m'importe en ce moment les causes de cette persistance), et que les fragments, au lieu de se souder, ne s'unissent que par un cal fibreux. Celui-ci d'ailleurs offre des variétés : il est plus ou moins long suivant le degré de l'écartement, il est mince ou épais, faible ou résistant; quelquefois même il y a pseudarthrose complète, c'est-à-dire que les deux surfaces traumatiques, cicatrisées à distance, ne sont reliées entre elles par aucun tissu directement interposé.

Si je vous rappelle ces détails bien connus, c'est pour vous remettre en mémoire la situation ordinaire d'un homme qui s'est brisé la rotule. En deux mots, la voici :

« vous faisiez au collège. Vous allez donc me faire le plaisir de prendre la clef des champs, « et d'en user avec une liberté que vous pourrez pousser jusqu'à la licence. Vous vous êtes « suffisamment contourné les épaules et aplati le thorax devant vos pupitres; aussi, inutile « d'emporter avec vous tout ce qu'il faut pour écrire; vous avez devant vous deux mois sans « taches d'encre. Vous avez assez lu, puisque vous êtes destinés, pour la plupart, à en devenir « myopes; donc, plus de lectures, et si vos professeurs ont eu la douce naïveté de vous don- « ner des devoirs de vacances, respectez-les pieusement et rapportez-les intacts. Courez, « sautez, gambadez, grimpez aux arbres, faites la moisson et les vendanges avec les paysans. « Vos devoirs de vacances, les voilà, ceux qui vous feront rattraper le temps perdu pour « votre développement et votre santé, ceux qui vous rendront les atômes d'oxygène et la « somme de travail musculaire dont le collège vous a privé toute l'année. Et maintenant, « sauvez-vous, et ne revenez qu'à la dernière extrémité. » Il est peu probable que ce discours, à moins de le mettre en vers latins, soit assuré d'une vive approbation dans le sein de l'Université (*Alma Mater*), et ce n'est guère là-dessus que je pourrai compter pour me faire nommer officier d'Académie, encore une de ces brillantes destinées auxquelles le prix de version latine ne m'a pas conduit.

Il faut convenir d'ailleurs, et nous féliciter, à notre point de vue, des changements apportés dans les programmes d'instruction; s'ils concourent à l'agrément et au profit des études, l'hygiène aussi y trouve son compte, par l'extension et l'importance accordées aux exercices physiques. Autrefois, c'était tellement accessoire, que cela n'existait pas. La loi sur la gymnastique est une des meilleures qui soient sorties depuis longtemps des laboratoires législatifs; peut-être n'a-t-elle pas, à l'heure actuelle, toutes les bénédictions de bon nombre d'instituteurs, qui passent précisément une partie de leurs vacances entre le trapèze et les

consolidation fibreuse, écartement variable; et il faut ajouter : impotence fonctionnelle très variable aussi. Il y a des blessés qui, sortis de leur appareil, marchent assez convenablement et ont bientôt retrouvé leur force et leur agilité primitives. Il y en a d'autres qui d'abord se traînent péniblement, puis les fonctions du membre inférieur se rétablissent peu à peu, sans traitement, jusqu'à devenir normales. D'autres enfin ont perdu pour toujours la possibilité de faire une course tant soit peu longue, un exercice demandant quelque vigueur; soulever leur membre au-dessus du lit leur est impossible; ils ne savent ni courir, ni sauter, ni monter un escalier, ni surtout le descendre; réduits à abandonner tout travail, ils sont à jamais infirmes. Quelle est donc la cause de cette infirmité?

J'écarterai d'abord un premier ordre de faits, dans lesquels l'impotence est due à la raideur articulaire. Cette raideur, consécutive à l'arthrite et à l'immobilité, est le plus souvent passagère; quelquefois elle est durable, surtout quand l'arthrite a été violente. Mais ce n'est pas de l'ankylose que je veux vous parler, car elle n'a rien ici de spécial. Le seul phénomène dont l'interprétation soit délicate, c'est l'*affaiblissement du membre.*

Cet affaiblissement, presque tous les auteurs l'ont attribué à l'écartement des fragments rotuliens; parmi eux se range notre collègue et ami P. Berger, dans un excellent article dont je vous recommande vivement la lecture (1).

Pour ma part, je crois volontiers qu'avec un écartement considérable, un cal fibreux long et mince, une large déchirure des aponévroses qui unissent la rotule aux parties voisines, l'insertion du triceps et son rôle dans le mouvement d'extension doivent être modifiés d'une manière fâcheuse. Cependant, d'éminents chirurgiens se sont tenus en garde contre cette opinion. Pott allait jusqu'à dire qu'on marchait mieux avec des fragments écartés. Un chirurgien anglais, dont parle Bromfield, avait une telle horreur de la consolidation, qu'un jour il fit tomber d'un coup de pied un de ses malades chez qui elle s'était faite; la fracture se reproduisit dans la chute, et le chirurgien fit tout pour empêcher les fragments de se réunir. Velpeau, sans pousser les choses à une telle extrémité, ne craignait pas, pour les fonctions du membre, un cal fibreux avec deux ou trois pouces d'écartement.

En réalité, la gêne fonctionnelle n'est pas en relation constante avec la situation des fragments. M. Berger lui-même parle de fractures guéries sans écartement, voire même par un cal osseux, et où l'impotence était presque absolue; d'autre part, il

(1) Article *Rotule*, Dict. encycl. des sc. méd.

---

barres parallèles, sous la direction de nos instructeurs militaires, et qui se forment ainsi pour un enseignement sérieux de la gymnastique à nos plus jeunes concitoyens. La force physique et les exercices du corps sont cultivés et prisés au plus haut point chez les Anglais; ça ne leur réussit pas trop mal, si l'on en juge par les étonnantes facultés de préhension, dont ils font preuve.

***

Une autre épidémie de la saison, c'est le départ pour les eaux. Il faut être solidement attaché à la glèbe, si j'ose m'exprimer ainsi, ou avoir placé tout son argent dans les galions de Vigo, pour ne pas faire la moindre fugue hydro-minérale entre juin et septembre. Tout le monde va aux eaux, et ce qui est fort heureux, on va aujourd'hui aux stations françaises. On a fini par se convaincre que nous avons chez nous tout ce qu'il nous faut dans la gamme hydrologique, et qu'il n'est pas essentiel pour la vertu des sources, qu'on les appelle *Quellen*, ni qu'on les boive dans un *Kursaal* ou une *Trinkhalle*. Et puis, n'en est-il pas des eaux comme des gouvernements, et chaque peuple n'a-t-il pas un peu le régime aquatique qu'il mérite? Comparez, à ce point de vue, la note dominante des eaux minérales en France et en Allemagne. Pour notre part, nous avons les eaux sulfureuses, puis toutes ces délicieuses boissons alcalines gazeuses, et enfin tous les réparateurs désirables du système nerveux : c'est-à-dire des eaux qui font respirer, qui stimulent ou qui apaisent, qui nous rendent le souffle et les nerfs. En Allemagne, c'est tout pour le ventre; sur toute la ligne des eaux à purger un obélisque, qui vous mettent sens dessus dessous, et semblent disposées par la nature pour corriger les obstructions de café au lait, de bière, de choucroûte et de saucisses, qui n'épargnent là-bas

cite de nombreux exemples dans lesquels 8, 10, 12 centimètres d'écartement n'empêchaient pas le blessé de marcher, de courir, de monter à cheval, de faire plusieurs lieues à pied sans fatigue. Ces faits prouvent assez que la distance entre les fragments n'est pas la seule cause d'où relève l'impuissance du membre. Et de fait, la présence d'un cal fibreux long et mince n'empêche pas les deux portions latérales du triceps d'agir sur le ligament rotulien et de suppléer le droit antérieur.

Je ne veux pas dire, Messieurs, que ce vice habituel de la consolidation soit indifférent, et que les chirurgiens aient tort de le prévenir on de l'atténuer autant que possible. Il expose aux fractures itératives, aux ruptures du cal et même des téguments, par suite à l'ouverture de l'article et à tous ses dangers. Mais pour affaiblir le membre et abolir ses fonctions, un autre facteur intervient : c'est l'*atrophie du muscle triceps.*

On a bien vu le muscle s'amincir; on a dit qu'à la suite d'une consolidation défectueuse, sa dégénération rend la marche encore plus mauvaise. Mais on a méconnu le véritable rôle de cette dégénération, parce qu'on a étudié les fractures de la rotule et leurs conséquences bien longtemps avant de connaître l'influence des maladies des jointures sur les muscles de leur voisinage. Aujourd'hui (1), nous savons qu'une arthrite du genou, légère ou grave, s'accompagne presque fatalement d'une atrophie musculaire portant sur le triceps, qui apparaît dès les premiers jours et semble résulter d'une action réflexe pathologique. Cette lésion peut être fugace ou durer quelque temps, et guérir spontanément par l'exercice du membre; d'autres fois, elle est rebelle et persiste si on n'y prend garde, et cela sans qu'on puisse établir de relation absolue entre la gravité des phénomènes inflammatoires et celle de l'atrophie. Or, une fracture de la rotule ne va pas sans une phlegmasie articulaire d'intensité variable, et celle-ci n'échappe pas aux lois qui régissent les arthrites éveillées par d'autres causes. C'est à nous de prévoir les conséquences qu'elle entraîne, et quand nous levons l'appareil, de constater l'existence et le degré de l'atrophie musculaire.

Si je ne me trompe, la lésion dont je vous parle, avec ses variétés, est mieux faite que toute autre pour vous expliquer les états fonctionnels si divers que laissent après elles les fractures de la rotule. Le malade marche bien quand l'atrophie est

(1) Valtat, De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations, thèse inaug., Paris 1877.

---

aucune classe de la société. Jusqu'aux vins du Rhin, dont le goût aigrelet rappelle la limonade Rogé, et qui ne sont pas dénués de propriétés doucement laxatives.

Le choix des eaux ne repose pas toujours sur un avis du médecin. Beaucoup de gens y vont parce qu'ils y sont allés une fois; il y a aussi des conventions, des habitudes régionales; ainsi, dans la province que j'habite, tout le monde va à Cauterets, qui en est fort éloigné. Vous rencontrez des gens fort bien portants qui partent pour Cauterets, on n'a jamais su pourquoi. S'ils n'y allaient pas, on soupçonnerait qu'ils ont été pincés dans le krach, ce qui pourrait faire du tort à leurs affaires. Il y a aussi des stations tant soit peu nouvelles et très bien portées, la Bourboule, par exemple; ce nom, malgré sa consonnance un peu sourde, fait assez bonne figure, et le bourgeois qui revient de la Bourboule ne vous le fait pas savoir sans une pointe de fierté.

D'ailleurs, quand elles ne sont pas la vraie ressource thérapeutique, les eaux restent toujours la consolation et l'espérance qui, elles aussi, sont de bons remèdes. N'y trouvât-on que le changement d'air, qu'il faudrait encore et toujours favoriser ces déplacements. Car il s'en faut que ce soit une banalité hygiénique que la toute-puissance du changement d'air; le plus sérieusement du monde je puis vous affirmer qu'il est souverain..... Vous ne devineriez jamais? Contre la blennorrhagie, contre ces chaudes-pisses récidivistes qui ont résisté à tout. Aussi bien, de tous les traitements spéciaux, celui-là est-il, sans contredit, le plus facile à suivre en voyage. Et voyez encore quel changement dans les habitudes d'un grand nombre de gens que de prendre des bains presque tous les jours! Quelle dépuration, quelle rénovation, quel mouvement salutaire doivent en résulter!

Je serais le dernier à vouloir dire du mal des eaux, et la preuve qu'elle sont une excellente chose, c'est qu'elles font quelquefois beaucoup de mal. Car elles ont aussi leurs méfaits, il

minime et disparaît promptement; quand elle est plus grave et guérit d'elle-même en quelques mois, on voit les fonctions du membre, qu'on croyait à jamais compromises par une consolidation vicieuse, se rétablir peu à peu, contre tout espoir, et malgré la persistance d'un écartement prononcé. Enfin, ne comprenez-vous pas que l'impotence doit être absolue et durable, si l'atrophie est profonde, incapable de guérir spontanément et privée d'un traitement rationnel?

La question ainsi posée, revenons à notre malade. Je vous ai dit qu'il ne pouvait, à mon commandement, détacher le talon du lit. Or, tandis que je l'invitais à faire ce mouvement d'extension, j'avais la main posée sur sa cuisse et j'observais que, pendant ses plus grands efforts, son triceps était flasque et immobile. Aucune contraction n'avait lieu et ne se transmettait au fragment supérieur de la rotule, ce qui aurait eu lieu si l'écartement était la seule cause du défaut d'extension. Pour mettre encore mieux en évidence l'atrophie musculaire, j'ai mesuré la circonférence de la cuisse à droite et à gauche, en ayant soin de me placer des deux côtés à la même hauteur, et j'ai trouvé une différence de 5 centimètres à l'avantage du côté sain. D'ailleurs, cet amaigrissement du membre fracturé se constate facilement à la vue. Comment n'être pas frappé du rôle prépondérant que doit jouer, dans les cas de ce genre, l'atrophie musculaire?

Voulez-vous, maintenant, la contre-partie de cette expérience clinique? Nous avons au nº 29 de la salle Saint-Landry, un autre malade que M. Richet m'a légué en quittant le service; c'est un homme de 43 ans, qui s'est fait, lui aussi, une fracture de la rotule le 30 juin dernier. Hier, j'ai fait enlever son appareil, et j'ai pu constater l'état suivant : les fragments sont écartés d'un bon travers de pouce, c'est-à-dire un peu moins que chez l'homme du nº 27; mais le cal interposé n'est pas très apparent, le doigt pénètre, en déprimant la peau, dans un fossé profond entre les deux moitiés de la rotule, et celles-ci ont une mobilité transversale qui veut dire que leurs liens fibreux n'ont qu'une faible épaisseur. Il semble que l'action du droit antérieur doive ici se transmettre avec peine au ligament rotulien; et cependant, j'ai été frappé de la facilité avec laquelle se fait le mouvement d'extension. Cet homme a détaché le talon du lit au premier commandement, sans effort; à peine le membre blessé est-il moins vigoureux que le membre sain; et je suis bien sûr que, la raideur articulaire dissipée, il marchera solidement et ne gardera pas d'infirmité. Mais aussi, placez la main sur le triceps au moment où vous commandez l'extension, vous sentez alors une contraction énergique. Mesurez la

---

faut bien le dire, et souvent, pour les plus intéressés, certaines cures sont loin d'être inoffensives. C'est le revers de la médaille, c'est la contre-partie de l'engouement universel pour les eaux, et aussi de la faiblesse avec laquelle nous cédons, sur ce point, aux suggestions et aux désirs de nos malades. Il y a pourtant des eaux dont il faut se méfier, d'autant plus que, parce qu'elles sont les plus actives et les plus renommées, elles sont aussi le plus vivement désirées par les malades. Sans vouloir entrer en contradiction, sur le fond, avec les savants confrères qui ont défendu, ici même, l'action reconstituante des eaux alcalines, il faut bien dire que Vichy ne renvoie pas toujours indemnes ses visiteurs; j'ai vu des cancers de l'estomac, mal reconnus à leur début, se précipiter avec une hâte terrible jusqu'au dénouement fatal; je vois encore des cirrhoses, atrophique ou hypertrophique, tomber rapidement dans une cachexie avancée, sous la même influence d'une cure à Vichy. Troubles digestifs, dyspepsie, maladie du foie, voilà les diagnostics peu précis qui conduisent en bloc, à Vichy, beaucoup de sujets sur lesquels un triage préalable serait à faire. Pourquoi les y envoyer, me direz-vous? Pourquoi les y recevoir et les y traiter, vous répondrai-je. Si d'ailleurs l'usage de ces eaux souveraines doit être entouré de sévères précautions, ce n'est qu'un hommage de plus rendu à leurs vertus et à leur grande puissance.

***

Troisième épidémie, succédanée de la précédente : les bains de mer. On sait l'absorption qu'exerce sur Paris toute la série des plages normandes. Heureux les aubergistes et industriels de toute sorte de ces endroits fortunés, qui condensent en deux mois le labeur et les bénéfices de toute une année! Je sais un logeur de cette espèce, qui faisait payer une mauvaise chambre sur une cour un peu plus cher qu'au boulevard Haussmann; et comme la vic-

circonférence du membre, il vous faut beaucoup d'attention pour trouver entre les deux côtés une différence d'un centimètre. En un mot, l'atrophie musculaire existe à peine; si, dans les jours qui ont suivi le traumatisme, elle était plus marquée, nous n'en savons rien; en tous cas, elle a été fugace, et dès aujourd'hui peut être négligée.

Ces deux exemples, comparés entre eux, me semblent jeter la lumière sur le problème que j'ai abordé, en vous montrant deux hommes dont les rotules sont consolidées dans des conditions pareilles, sauf que celui qui fonctionne le mieux est justement celui dont les fragments rotuliens ont conservé entre eux la moindre solidarité; mais chez celui-ci le triceps a conservé en grande partie sa vigueur, tandis que chez l'autre il n'existe plus. Et vous pouvez, dès maintenant, prévoir les conséquences thérapeutiques auxquelles je veux vous conduire.

Il ne faut plus s'ingénier à mettre les fragments dans un contact parfait, ni se désoler de leur résistance; la question n'est pas là. On peut laisser dormir dans l'arsenal de la chirurgie les courroies et les griffes, dont le moindre défaut est en général de manquer leur but. Pour obvier à l'écartement, les moyens les plus simples sont les meilleurs. Et quand, après un mois ou quarante jours d'appareil, on trouve un cal fibreux et des fragments mobiles, inutile de prolonger le repos indéfiniment, et de condamner le malade à de nouvelles tentatives de coaptation, aussi infructueuses que les premières. C'est au triceps qu'on doit songer; quand il aura repris ses forces, même avec un notable écartement le malade sera guéri.

Je vous prie, Messieurs, de ne pas exagérer ma pensée, et de ne pas croire que je fasse bon marché de toute mesure ayant pour but de rapprocher les fragments. Si le vésicatoire préconisé par M. Guyon, si la ponction articulaire employée par plusieurs chirurgiens en France et à l'étranger, hâtent la disparition de l'épanchement articulaire et favorisent la coaptation, je veux bien qu'on les utilise et je ne m'élève pas contre eux. Mais ce que je ne puis admettre, c'est qu'on sacrifie tout à la coaptation, et qu'on pense avoir tout fait quand on a réuni les deux fragments, au prix de manœuvres dangereuses et d'interventions téméraires. Lisez, dans la *Revue de chirurgie*, un intéressant mémoire de M. G. Poinsot (1); vous y verrez que la seule préoccupation de l'auteur et des chirurgiens dont il analyse les travaux, est

(1) G. Poinsot, De l'intervention opératoire dans les fractures transversales de la rotule avec écartement, *Revue de chirurgie*, 10 janvier 1882.

time se plaignait de n'avoir même pas la vue de la mer : « C'est vrai, Monsieur, mais vous en entendez parfaitement le bruit, par les gros temps. » Les bienfaits des bains de mer, eux aussi, ne sont pas sans mélange. A côté de leurs effets toniques et stimulants, si appréciables par le réveil des forces et de l'appétit, il y a dans l'action des bains, et de l'air marin lui-même, une excitation qui se traduit souvent par tout autre chose que du bien-être. Combien de femmes nerveuses se plaignent, avec raison, que le séjour à la mer leur a fait du mal. A cette classe si nombreuse et si intéressante de valétudinaires, il ne faut donc pas recommander les bains de mer sans réflexion, comme un conseil sans conséquence; et si la mère peut, avec avantage, y envoyer sa fille (jeu de mots), souvent elle fera bien de s'abstenir elle-même du voyage. Une prescription essentielle, mais universellement méconnue, c'est de ne pas prendre les bains aussi longs qu'on le voit faire tous les jours. En forçant la durée du bain, on perd le bénéfice de la réaction, qui est la clef de l'hydrothérapie sous toutes ses formes; et ils fourmillent sur toutes les plages, ces malheureux patients, qui sortent de l'eau grelottants, les lèvres bleues, refroidis pour des heures, et souvent pris le soir d'un accès de fièvre, réaction tardive et de mauvais aloi.

***

Enfin, la dernière épidémie de la saison, la chasse, va éclater bientôt. Epidémie meurtrière s'il en fût, d'un certain côté du moins. Chose grave que la chasse, qui s'élève, chez la plupart de ses adeptes, à la hauteur d'un pontificat, et remplit, à elle toute seule, des existences entières. Pour moi, c'est une manière dispendieuse et incommode de se promener : dispendieuse, parce qu'il faut d'abord se munir de ce tube, image du tonnerre, ordinairement connu sous le nom de fusil, puis du carnier, de la gourde, des bottes, des guêtres, etc.; et incom-

de prévenir l'écartement; tout s'efface devant cette idée dominante. Lister et quelques autres n'ont pas craint d'ouvrir largement l'articulation, d'en faire le nettoyage, et d'unir les fragments par une suture osseuse. Or, malgré les succès obtenus, de telles opérations ne se font pas légèrement; elles ne sont justifiées que si le dommage qu'elles ont la prétention de réparer est indiscutable. Mais si l'interprétation n'est pas bien assurée, si les faits autorisent quelques doutes, il faut songer avant tout aux malheurs irréparables que peut entraîner, dans de pareilles interventions, la moindre faute commise. Pour ma part, j'ai la conviction qu'en dirigeant tous leurs efforts contre l'écartement dans les fractures transversales de la rotule, les chirurgiens ont fait fausse route.

Je ne vois entre mes deux malades, si différents d'allure après la levée de l'appareil, aucune différence grave dans le mode de consolidation; mais l'un d'eux a conservé son triceps, et l'autre l'a perdu. Le premier nous quittera bientôt sans autre forme de procès; le second restera dans nos salles et sera soumis aux courants faradiques et aux courants continus. Si je réussis, par ce traitement, à guérir l'atrophie musculaire, n'en doutez pas, nous verrons bientôt les fonctions se rétablir, comme il arrive après la plus simple hydarthrose.

LE SERVICE DE SANTÉ ANGLAIS EN ÉGYPTE.

I

Le vote qui a inopinément coupé court à toute éventualité d'intervention française en Égypte, n'a pu du même coup détourner l'intérêt qui s'attache aux évènements dont cette contrée est actuellement le théâtre.

Les périls que nous avons pensé partager, les souvenirs d'une influence longtemps prépondérante, les intérêts matériels encore engagés, les hauts faits d'une des époques les plus glorieuses de notre histoire, la légende enfin d'une civilisation fabuleuse que nos savants ont exhumée de la poussière des siècles, légitiment suffisamment cette attraction.

Pour un public plus restreint, qui est le nôtre, il s'y ajoute l'enseignement et le profit de suivre une grande armée aux prises, non-seulement avec un ennemi redoutable, mais plus encore avec un climat qui ne nous a jamais ménagé ses épreuves pendant nos campagnes renouvelées de l'Algérie, et dans la présente expédition de Tunisie; et cela, dans les conditions particulièrement défavorables de l'inondation imminente du Nil.

Les Anglais excellent dans l'art de mettre à profit les leçons des évènements : avec leur chère expérience de la guerre de Crimée, de l'occupation permanente des Indes, des récentes expé-

---

mode, parce qu'il faut s'affubler de tout cet attirail, quand il serait si simple de faire les mêmes excursions avec une canne et une pipe pour tous accessoires. Rendons justice au côté hygiénique de la chasse, qui est une excellente diversion à tant d'existences ultra-sédentaires ; par contre, les plus beaux rhumatismes que j'aie vus, peut-être, avaient été rapportés de la chasse au marais, et bien des ataxiques comptent des excès de chasse, avec d'autres sans doute, dans leurs antécédents. Ce qui me rappelle fort à propos que l'excès en tout est un défaut, et que je ferai sagement de vous tirer ma révérence, pour éviter l'ataxie du feuilleton.

LUBANSKI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Jaillet, préparateur du laboratoire de thérapeutique, est nommé chef de ce laboratoire, en remplacement de M. Journiac, démissionnaire.

M. Grenet (Adrien-Dominique) est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Jaillet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés pour une période de trois ans, à partir du 1er août 1882.

1° *Chef de clinique obstétricale :* M. le docteur Rémy (Sébastien-Joseph), en remplacement de M. Hippolitte, dont le temps d'exercice est expiré;

2° *Chef de clinique chirurgicale :* M. le docteur Guillemin (Paul-Augustin-François), en remplacement de M. Rohmer, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Nicolas, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Étienne, appelé à d'autres fonctions.

ditions d'Abyssinie, des Ashantees, de l'Afghanistan et du Zoulouland, il n'est pas douteux qu'il n'y ait quelque enseignement à récolter de leur organisation sanitaire en Egypte, et que l'assistance médicale en campagne ne soit appelée à bénéficier des perfectionnements que leur esprit essentiellement pratique sait inaugurer.

Nous savons déjà que le service responsable s'est inspiré de notre expérience dans la campagne d'Egypte et des relations de Larrey et de Desgenettes, à défaut des renseignements que la trop courte occupation anglaise, à cette époque, n'a pas permis de prendre suffisamment explicites. On n'oublie pas que Griesinger a observé plusieurs années en Egypte, et que les résultats de sa pratique consciencieuse et éclairée sont consignés dans une série de travaux d'une rare valeur. Le rapport d'Aubert Roche sur le service sanitaire des ouvriers employés au percement de l'isthme de Suez, rapport qui accuse des résultats exceptionnellement favorables, n'inspire pas à nos voisins une fausse sécurité; le canal ne sera qu'une base d'opérations. Enfin, les récentes épreuves de l'occupation de Chypre sont encore présentes à tous les esprits.

Un très petit nombre seulement de renseignements positifs nous est parvenu, au sujet de l'organisation du service sanitaire du corps expéditionnaire. Le voile mystérieux qui plane sur les opérations militaires, d'après les vues du général en chef, sir Garnet Wolseley, ne s'est que partiellement soulevé à l'endroit des préparatifs sanitaires, qui ont été cependant une des grandes préoccupations du commandement. En attendant qu'un des prochains volumes de l'*Army medical Department Report* nous édifie plus exactement à ce sujet, avec la sincérité, la précision et la méthode qui caractérisent ce document, nous en sommes réduits aux bribes de correspondances et de renseignements insérés dans la presse spéciale.

Le personnel médical a été l'objet d'un choix particulier; l'armée des Indes en a fourni la plus grande partie.

Le médecin en chef est le docteur James Arthur Hanbury, *Deputy surgeon General*, déjà à la tête du service sanitaire dans l'Afghanistan, pendant la fameuse marche du général Fred. Roberts, de Kaboul à Candahar. Cité avec éloges dans le rapport de ce général, il fut à la suite de cette campagne promu au grade qu'il occupe actuellement, dans les conditions d'âge et d'ancienneté les plus avantageuses, et créé chevalier de l'Ordre du Bain.

J'ai sous les yeux son Rapport officiel sur cette campagne (*Arm. med. Dep. Report* pour 1879). Ce n'est guère qu'un journal de marche où l'itinéraire, la topographie générale et les détails mêmes de l'action militaire étouffent la relation de l'intervention technique qui, d'ailleurs, eut peu à s'exercer.

Hanbury est assisté du docteur J.-A. Marston, qui arrive de l'Inde, où il exerçait les mêmes fonctions de secrétaire général auprès du chirurgien général Ker Innes.

Les deux médecins divisonnaires sont J. Ekin, *Deputy surgeon general*, qui était attaché à l'artillerie royale pendant la guerre d'Afghanistan, et W. Manley, *Brigade surgeon.*

Le chirurgien major F.-B. Scott, sur désignation spéciale de la reine, est attaché à l'état-major particulier de son altesse royale le duc de Connaught, qui commande la première brigade de la garde. C'est le docteur Scott qui releva le corps du prince impérial, tué par les Zoulous le 1er janvier 1879, et à qui échut la délicate mission d'accompagner l'impératrice Eugénie dans son voyage au Zoulouland.

Le chirurgien major Hume-Spry dirige le service sanitaire de la brigade de cavalerie.

D'après le *Times*, l'effectif total des troupes debarquées en Egypte est de 31,461 hommes, ainsi répartis dans les différentes armes: Infanterie, 19,223 hommes; cavalerie, 3,818 hommes; artillerie, 1,927 hommes; génie, 1,278 hommes; services accessoires, 5,222 hommes. Sur ce nombre, 23,987 officiers et soldats viennent d'Europe avec 6,227 chevaux, et 7,481 arrivent de l'Inde et se composent en partie de troupes anglaises, et en partie de troupes indigènes de toutes armes.

Deux hôpitaux de campagne sont attachés à chaque division avec une compagnie de brancardiers. A ce service son attachés 23 officiers de santé, 6 officiers d'infirmiers et un officier du train. Le personnel subalterne se compose d'hommes de l'*Army Hospital Corps*, de l'*Army Service Corps*, et de brancardiers en pied; en tout 335 personnes. L'unité divisionnaire dispose de 64 voitures wagons-ambulances, voitures d'ambulance auxiliaires, wagons d'approvisionnement, wagons d'eau et de réserve, voitures de pharmacie et de chirurgie, et de 209 chevaux.

On compte en tout, pour le service sanitaire divisionnaire : 1,098 officiers, sous-officiers et soldats; 192 véhicules et 627 chevaux.

Aux corps de troupes sont affectées 6 ambulances mobiles et une compagnie de brancardiers; la moitié de cette compagnie est attachée à la brigade de cavalerie, le reste à l'infanterie de première ligne. On compte encore 3 ambulances de réserve, et les moyens de transports nécessaires pour les éventualités.

Au total, le service sanitaire du Corps d'armée égyptien doit compter 1,746 officiers et soldats (parmi lesquels 100 médecins environ), disposant de 940 chevaux. Tous les médecins ont le rang de *chirurgien major* au moins et sont montés. L'Inde fournira le matériel et le personnel supplémentaires que pourraient exiger les circonstances.

Cette organisation ne fonctionnait pas encore, on le comprend, dès le débarquement à Alexandrie, sur des bases aussi larges; mais elle devait être complétée au fur et à mesure des besoins; et dès le début des opérations de terre ferme, les services étaient prêts à toute éventualité. « C'est que, dit le *Medical Times and Gazet,* on a compris que, quelque développe-« ment que prenne l'expédition d'Egypte, le succès doit dépendre principalement de la façon « dont seront comprises les indications de l'hygiène particulière du pays. On fera tous les « sacrifices nécessaires. On sait, d'autre part, qu'on peut compter sans réserve sur le dévoue-« ment intelligent du personnel de santé. »

Ce n'est pas tout : des hôpitaux sédentaires sont préparés à Chypre (le choix de cette île est discutable) et à Gozzo (près de l'île de Malte), de 5 à 600 lits chacun. L'organisation des *bateaux-hôpitaux* qui a rendu de si grands services en Chine et chez les Aschantees, a été maintenue et perfectionnée. Le *Thalia* a été aménagé à cet effet en rade d'Alexandrie. L'*Osprey* recevra, au premier signal, la même destination. Le steamer, de 1,200 tonneaux, appartenant à la *General steam navigation Company*, a apporté tout le matériel nécessaire aux premières ambulances sédentaires. *The Emperor* porte semblable fret à Chypre.

Le plus beau bateau nolisé, comme bateau hôpital ou transport hôpital, est le *Carthage*, de 5,100 tonneaux, le plus grand et le plus confortable des steamers de la *Peninsular and oriental Company*. Sa distribution intérieure le rend on ne peut plus propre à ce service; l'air, la lumière, et les dégagements des ponts ne le cèdent en rien à l'aménagement des anciens bateaux à trois ponts. Le *Teviot* est destiné à renforcer cette flottille.

Parmi les médecins de la flotte on cite le docteur L.-N Sedgwick, qui servit avec distinction en 1869 sous lord Napier de Magdala, et dont le nom figure plus d'une fois dans les bulletins de l'armée d'Abyssinie. Il est à bord de l'*Inflexible*, qui mérita si bien son nom, disent avec orgueil les journaux anglais, dans le bombardement du fort Aïda.

Des détails complets sur les résultats médico-chirurgicaux du bombardement d'Alexandrie ont été reçus au département de la marine et doivent être l'objet d'une communication officielle à courte échéance. On cite, dès à présent, quelques incidents : Un éclat d'obus, tuant raide sur le pont un charpentier de l'*Inflexible*, éventra le pont, dont les débris, frappant dans les jambes le lieutenant Jackson, le jetèrent à plusieurs pieds en l'air. Le malheureux officier retomba lourdement sur le siège; une commotion de la moelle s'ensuivit, et il mourait quelques jours après sans s'être remis du *schock*. A l'autopsie, on trouva une fracture étendue du bassin, sans lésion des organes ni trace d'hémorrhagie.

Un canonnier de l'artillerie de marine, sur le *Superbe*, a eu les deux jambes emportées par un éclat de bombe; il subit une double amputation, mais mourut dans le collapsus. C'était un ancien mineur des houillères de Durham, dont la réputation de force et de courage était légendaire parmi ses camarades.

R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

PHILOSOPHIE ET PHYSIOLOGIE CLINIQUES DE L'ALIÉNATION MENTALE, par le Dr H. BONNET. Paris. — G. Masson; 1882.

Le temps n'est plus où la psychiatrie cherchait un autre appui que celui des faits physiologiques ou des observations anatomiques. Nos psychopathes contemporains, Magnan, Luys, pour n'en citer que quelques-uns, ont contribué depuis quelques années à déterminer ces nouvelles bases de la pathologie mentale. Le mémoire de M. le docteur Bonnet s'est inspiré de ces travaux et a pour but de démontrer que l'aliénation mentale est toujours le résultat du trouble de toutes les sensibilités. Pour établir une fois de plus cette thèse, le docteur Bonnet fait appel à la clinique et à la physiologie.

Ce mémoire, qui est une page intéressante de pathologie générale, ne saurait être analysé en quelques lignes. Il mérite d'être lu, à la fois par les médecins psychiatres et par ceux dont les études ont pour objet la clinique usuelle. — C. E.

DES FIBROMES DU COL DE L'UTÉRUS AU POINT DE VUE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT, par le docteur CHAHBAZIAN. — Paris, Delahaye; 1882.

Parmi les conclusions de cette thèse inaugurale, nous remarquons les suivantes : 1° Les

fibromes du col s'hypertrophient, se ramollissent et s'irritent, et ces modifications surviennent dans les trois derniers mois de la grossesse. Cette différence des processus les distingue des fibromes du corps. 2° Pendant le travail de la parturition, ils se déplacent ou sont expulsés; ils s'atrophient après l'accouchement; cette atrophie est toujours incomplète. 3° Ils peuvent être une cause de stérilité, donner lieu à des hémorrhagies et devenir l'origine de complications dont le pronostic est grave. 4° Pendant la grossesse et s'il y a menace d'hémorrhagie ou d'avortement, on doit en pratiquer l'ablation. Pendant le travail, il faut laisser agir la nature et au besoin essayer le refoulement; l'extirpation est contre-indiquée dans les cas de fibromes sous-péritonéaux. 5° Enfin, d'après la statistique de l'auteur, l'application du forceps serait préférable à la version. En résumé, la thèse de M. Chahbazian est un mémoire utile à consulter. — C. E.

Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine, par le docteur Ferdinand Chayé. Paris. Delahaye et Lecrosnier; 1882.

Les symptômes signalés par l'auteur du diagnostic reposent sur des signes qui sont ceux de la probabilité plutôt que de la certitude. Le pronostic est grave. Il faut noter dans cette thèse deux observations anatomo-pathologiques dues à M. le docteur Brouardel, dans lesquelles la mort rapide par rupture intra-péritonéale du kyste fœtal, donna lieu à des recherches médico-légales et à des soupçons d'avortement et d'empoisonnement. — C. E.

Etude sur les accidents sympathiques ou réflexes déterminés par les ascarides lombricoïdes, par le docteur F. Guermonprez. — Paris, J. Baillière; 1881.

Le docteur Guermonprez est un de ces infatigables praticiens de la province qui possèdent le feu sacré de l'observation médicale. Les lecteurs de l'Union médicale connaissent ses travaux nombreux, que nous avons déjà eu l'occasion d'analyser à cette même place. Le mémoire actuel est digne des précédents, autant par les aperçus cliniques qu'il renferme que par le nombre des indications bibliographiques qu'il contient. M. Guermonprez a dû faire des recherches considérables. Aussi, quand même la thèse qu'il soutient ne serait pas adoptée de tous ses lecteurs, il lui sera beaucoup et facilement pardonné..... parce qu'il a beaucoup cherché et heureusement trouvé.

Les accidents nerveux sympathiques, d'origine vermineuse, sont moins rares dans certaines contrées et surtout dans le milieu rural que le croient généralement les médecins des villes. Néanmoins, l'observation de M. le docteur Wintrebert, dont il est question dans cette brochure, est sinon unique, du moins celle d'un cas rare d'œdème de la face, des cuisses et de l'abdomen, et probablement d'œdème pulmonaire avec menaces d'asphyxie. La malade fut rapidement guérie par l'administration de la santonine et l'expulsion d'ascarides lombricoïdes. Les consciencieuses recherches de M. Guermomprez donnent une grande valeur clinique et bibliographique à ce mémoire. La neuropathologie en fera certainement son profit pour l'étude, à peine ébauchée, des synergies morbides des divers organes. — Dr Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian communique une note *Sur les effets vaso-moteurs produits par l'excitation du segment phériphérique du nerf lingual.*

« On sait que l'excitation faradique du segment périphérique du nerf lingual, que l'on vient de couper sur un mammifère détermine une dilatation considérable de tous les vaisseaux de la moitié correspondante de la langue dans toute la région où se terminent les ramifications de ce nerf. L'expérience se fait très facilement sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle ou morphinisé. La membrane muqueuse dans toute cette région et celle du frein de la langue, du même côté, prennent une teinte rouge très prononcée : il en est souvent de même, à un certain degré, pour la membrane muqueuse gingivale, à la face interne du maxillaire inférieur, vers la canine et les dents voisines. La veine principale qui longe, à la face inférieure de la langue, le frein lingual, devient turgescente, et toutes les veines et veinules qui s'y rendent en parcourant cette région, du bord de la langue vers le frein, se dilatent aussi. Le sang contenu dans ces vaisseaux offre une teinte rouge semblable, où à peu près, à celle du sang artériel; la température de cette partie de la langue s'élève notablement, etc.

Ce sont là des faits bien connus. Les phénomènes dont il s'agit se manifestent encore, après la ligature de l'artère linguale, du côté où l'on faradise le segment périphérique du nerf

coupé. On les observe aussi, presque au même degré, après qu'on a lié non-seulement l'artère linguale, mais encore les artères carotides interne et externe du même côté, à plus de 0^m,01 au-dessus de la bifurcation du tronc carotidien primitif, et ce tronc lui-même, au milieu du cou. La ligature de la carotide primitive et celle de l'artère vertébrale, avant son entrée dans le canal des vertèbres cervicales ne les empêchent pas de se montrer, même lorsqu'on lie aussi la carotide interne et la carotide externe, à une certaine distance de la bifurcation de la carotide primitive. On constate encore ces effets de l'excitation faradique du nerf lingual, et ils sont tout aussi accusés, après la section du tronc nerveux vago-sympathique et après l'excision du ganglion cervical supérieur du même côté.

Quand la circulation s'arrête définitivement (farado-puncture des ventricules du cœur au travers de la paroi thoracique) chez un animal sur lequel on vient d'exciter le segment périphérique d'un des nerfs linguaux, on voit que la moitié opposée de la langue devient pâle, que ses vaisseaux se resserrent, avant que ces mêmes phénomènes se manifestent dans la moitié de la langue, du côté où le nerf a été faradisé. De ce côté, la membrane muqueuse linguale reste rouge et les veines demeurent gonflées pendant une à deux minutes; le sang n'y perd que lentement sa couleur vermeille. Les effets produits par la faradisation du nerf lingual persistent donc pendant un certain temps après l'arrêt du cœur, et opposent pour ainsi dire de la résistance à l'excitation vaso-constrictive généralisée qui se produit, chez tous les animaux, quelques instants après la mort.

En même temps que tous les vaisseaux de la région innervée par le nerf lingual coupé et faradisé se dilatent, ceux de la même région de la moitié opposée de la langue se resserrent. Cette particularité ne m'avait pas frappé lors de mes premières expériences. Le contraste entre les deux moitiés de la langue, lorsqu'on vient de cesser la faradisation du segment périphérique de l'un des nerfs linguaux, m'avait alors paru suffisamment expliqué par la congestion intense, déterminée ainsi dans la moitié de la langue qui correspond au nerf excité. Je me suis assuré plus récemment que la moitié opposée de la langue devient plus pâle qu'avant l'excitation faradique et que les veines de la face inférieure de cette partie de l'organe subissent un certain degré de resserrement.

Ce resserrement vasculaire et cette pâleur de la membrane muqueuse linguale ne sont pas dus uniquement à une dérivation du sang de cette moitié de la langue au profit de l'autre moitié de l'organe : il y a certainement une action nerveuse vaso-constrictive qui s'exerce sur les artérioles du côté qui pâlit.

S'il s'agissait d'un simple phénomène de dérivation, le diamètre des vaisseaux pourrait bien diminuer, mais le sang qu'ils contiennent ne changerait pas de couleur. Or ce changement de coloration a été incontestable dans plusieurs expériences. Lorsqu'on avait faradisé, par exemple, le segment périphérique du nerf lingual droit sur un chien curarisé, le sang des veinules et de la veine principale de la face inférieure de la moitié gauche de la langue, qui offrait, avan la faradisation, une coloration moins sombre, à cause de la curarisation, que dans les conditions normales était devenu très manifestement noirâtre. La cirulation s'était donc ralentie, de ce côté, dans les vaisseaux capillaires; le sang y avait pris des caractères plus marqués de sang veineux et cet effet ne peut être attribué, dans ces conditions, qu'à un resserrement très notable des artérioles sous une influence vaso-constrictive.

Une autre remarque prouve bien aussi que les modifications circulatoires observées dans la moitié gauche de la langue, lorsqu'on électrise le segment périphérique du nerf lingual droit, ne sont pas seulement la conséquence de l'augmentation d'afflux du sang dans la moitié droite de l'organe : c'est que ces modifications (pâleur de la membrane muqueuse, teinte plus sombre du sang contenu dans les veines) sont loin d'avoir la même durée que celles qui ont lieu dans l'autre côté de la langue (congestion vive et générale de la membrane muqueuse, teinte vermeille du sang des veines, etc.). Si l'on a soumis le segment périphérique du nerf lingual droit à une faradisation d'intensité moyenne pendant trente à quarante secondes, les phénomènes de congestion, dans la moitié correspondante de la langue, ont atteint leur plus haut degré d'intensité; à ce moment, les modifications subies par la circulation dans la moitié gauche de l'organe sont aussi des plus nettes. Or, la congestion de la moitié droite de la langue et la rutilance du sang des veines de sa face inférieure durent plusieurs minutes; parfois elles n'ont pas disparu complètement au bout de dix minutes, tandis que les phénomènes inverses qui se manifestent dans la moitié gauche de la langue s'effacent souvent au bout d'une demi-minute ou d'une minute.

En somme, il s'agit là d'une action vaso-constrictive réflexe, et ce qui ne saurait laisser de doutes à cet égard, c'est que la constriction vasculaire ainsi provoquée dans la moitié gauche de la langue, lorsqu'on faradise le segment périphérique du nerf lingual droit, est beaucoup moins nette apres la section préalable du nerf vago-sympathique du côté gauche.

Le nerf lingual paraît donc posséder un certain degré de sensibilité récurrente, qui se ma-

nifeste surtout quand on excite le segment périphérique de ce nerf coupé, par le resserrement des vaisseaux de la moitié opposée de la langue. »

M. J. Guillemot adresse des Observations sur un tremblement de terre ressenti à Couchey (Côte-d'Or).

« Dans la nuit du 13 au 14 août, à quatre heures vingt-cinq minutes du matin, heure du village, soit environ quatre heures treize minutes de Paris, un coup unique, sourd, a été immédiatement suivi d'une oscillation du Sud-Sud-Est au Nord-Nord-Ouest, laquelle a eu une durée d'une demi-seconde. La charpente du pavillon que j'habite a craqué, comme si elle était disjointe. Je n'ai pas trouvé de lézardes dans les murs de la maison.

L'oscillation et le bruit sourd qui l'a précédée se sont manifestés dans les communes de Grouy-Chambertin, Brochon, Fixin, Couchey, Marsannay-la-Côte, Chenôve et Dijon Nord-Nord-Ouest, soit sur une longueur de 14 kilom. Mes renseignements ne vont pas au delà. Le baromètre n'avait pas bougé depuis la veille; les animaux domestiques n'ont témoigné, ni avant, ni après le phénomène, la moindre inquiétude.

Ce tremblement de terre est le troisième qui, depuis trois ans, se manifeste presque à la même époque et dans des conditions identiques. Toutefois, cette dernière oscillation m'a paru plus accentuée que les deux premières. »

VARIÉTÉS

LA VACCINATION EN ECOSSE.

Au moment où l'efficacité de la vaccination est mise en discussion, il est intéressant de connaître les résultats qu'elle donne dans un pays où elle est devenue un usage populaire.

En Ecosse, d'après le docteur Carpenter, très rares sont ceux qui n'ont pas été vaccinés. Aussi la mortalité par la variole est presque nulle; les poursuites pour infraction au Compulsory vaccination act sont presque inconnues. Pendant les épidémies de 1870 et des années suivantes, l'immunité de la région septentrionale de la Grande-Bretagne a été remarquable. Les décès observés étaient ceux de personnes venant de Londres ou du continent. Les varioleux étaient en général des voyageurs ou des sauniers.

Malgré ces bons résultats, dont il faut féliciter l'Administration et le Corps médical écossais, l'organisation présente encore des imperfections, que M. Carpenter voudrait voir disparaître. Par exemple, les vaccinations ne sont obligatoires que pour les enfants au-dessus de six mois; on les expose donc jusqu'à cet âge aux risques de la contagion variolique. De plus, les changements de districts, les mutations de domicile rendent ainsi plus difficiles la tenue des registres et la surveillance des inspecteurs.

Enfin, inconvénient grave, la lymphe vaccinale d'origine animale n'est pas fournie par des établissements officiels. Aussi, on emploie surtout le vaccin humain. Il y aurait donc lieu à des perfectionnements dans cette organisation, par une meilleure inspection de la vaccine, et la création d'établissements vaccinogènes officiels. (*The Lancet*, 29 juillet 1882).

Par ces résultats, on peut juger de ceux que donnerait en France une mise à exécution sérieuse de la loi sur l'obligation de la vaccine. Fût-elle même ce qu'elle est en Ecosse, cette loi rendrait déjà de bien grands services. Imposer aux parents l'obligation d'instruire leurs enfants, c'est faire une bonne œuvre; exiger d'eux la prévention de la variole, la seule maladie contagieuse contre laquelle la médecine préventive soit bien armée, est assurément un acte patriotique. — C. E.

Médaille d'honneur. — Le ministre de l'intérieur vient de décerner une médaille d'honneur à M. le docteur Fernand Ledé, pour le dévouement dont il a fait preuve lors de la catastrophe survenue le 12 juillet dernier, rue François-Miron.

Boite aux Lettres

Docteur G. M..., à Montécouvez. — Merci pour l'empressement à nous signaler les faits intéressants, et prière de continuer dans cette voie.

Dans l'espèce, nous nous abstiendrons.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

RAPPORT SUR LES MALADIES REGNANTES

PENDANT LE SECOND TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 août 1882,

Par le docteur DU CASTEL, médecin du Bureau central.

Avril, Mai et Juin 1882.

Pendant le second trimestre de l'année 1882, la *température moyenne*, 13°,5 centigrades, est restée légèrement inférieure à la moyenne normale qui est de 13°,8. La température du mois de juin a été élevée (15°,8 au lieu de 14°4, moyenne normale); mais celle des mois d'avril et mai avait été au-dessous de la normale, et c'est la froideur de ces deux mois qui a amené l'abaissement de la moyenne trimestrielle; il y a donc eu un contraste important, au point de vue qui nous occupe, entre la température du commencement du trimestre et celle de la fin.

La *pression barométrique* a été peu considérable; sa moyenne n'a pas dépassé 754,05 millim. alors que la normale est de 755 millim.

La *hauteur de pluie* tombée, assez élevée pendant le mois d'avril (51 millim.), est restée faible pendant les mois de mai et juin (27 millim. et 32 millim.) à ce point que la moyenne trimestrielle n'a pas dépassé le chiffre peu élevé de 110,48 millim.

La *tension électrique* est restée peu considérable. Les vents prédominants ont soufflé du sud en avril, de l'ouest en juin et ont varié fréquemment en mai

TABLEAU indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique, à Paris, pendant le second trimestre de 1882 (1).

Vents prédominants : avril, sud ; — mai, variable ; — juin, ouest.

1882 — MOIS	TEMPÉRATURE (à l'ombre).				BAROMÉTRIE	HYGROMÉTRIE		ÉLECTROMÉTRIE
	Moyenne des maxima.	Moyenne des minima.	Moyenne	Écart de la moyenne normale.	— PRESSION moyenne à midi. Normale : 755mm00	Humidité atmosphér. — Moyenne du jour naturel, de 6 h. m. à 6 h. s.	Hauteur des PLUIES,	— TENSION moyenne (Élém. Dell) Moyenne du jour naturel.
					MM.		MM.	
Avril........	16°3	5°3	10°8	0°7	571.08	62.3	51.17	+ 20.48
Mai..........	19°5	8°0	13°8	— 0°4	756.19	63.2	27.28	+ 25.71
Juin.........	26°3	10°5	15°8	— 1°4	754.88	67.0	32.03	± 32.69
Moyennes.....	20°7	7°9	13°5	— 1°1	754.05	64.2	110.48	± 26.29

(1) D'après les documents recueillis à l'observatoire de Montsouris, sous la direction de M. MARIÉ-DAVY.

La *mortalité générale* des hôpitaux a été considérable et dépasse de beaucoup la mortalité du trimestre correspondant de l'année dernière, 4,256 décès au lieu de 3,624; le chiffre de la mortalité paraîtrait encore beaucoup plus élevé, si on le comparait à la moyenne des dix dernières années qui est de 3,580. Mais il ne faut pas oublier que depuis quelques années l'augmentation de la clientèle hospitalière oblige l'administration de l'Assistance publique à maintenir presque constamment

ouverts des services supplémentaires, à encombrer les services ordinaires de brancards; le chiffre de la population des hôpitaux est donc beaucoup plus élevé qu'il ne l'était il y a quatre ou cinq ans et la mortalité subit une augmentation forcée; mais pendant le trimestre qui vient de s'écouler, cette augmentation a dépassé de beaucoup le chiffre qu'elle aurait dû atteindre, si elle était restée proportionnée à l'accroissement de la population hospitalière. La fièvre typhoïde, la diphthérie, les affections des voies respiratoires ont contribué pour la plus grande part à l'élévation du chiffre de la mortalité.

MORTALITÉ GÉNÉRALE DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS.	DÉCÈS PAR MOIS			TOTAUX du 2e trimestre de 1882.
	Avril	Mai	Juin	
Deuxième trimestre 1881 :				
Hôpitaux	1207	743	1077	3027
Hospices	215	216	166	597
Totaux	1422	959	1243	3624
Deuxième trimestre 1882 :				
Hôpitaux	1366	1243	1131	3740
Hospices	181	183	157	521
Totaux	1547	1426	1288	4261

I. — AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Les affections des voies respiratoires ont été beaucoup plus nombreuses que pendant le trimestre correspondant de l'année précédente; c'est ce que montre le tableau ci-joint :

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES DANS les Hôpitaux et Hospices civils de Paris.	SECOND TRIMESTRE DE 1881-1882								
	Avril		Mai		Juin		TOTAUX		
	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	P.p 100.
Deuxième trimestre 1881 :									
Phthisie pulmonaire	521	280	579	343	489	256	1589	879	»
Pneumonies	274	89	284	100	251	74	809	263	32
Bronchites	490	34	516	24	444	19	1450	77	5
Pleurésies	140	16	171	18	144	9	455	43	9
Deuxième trimestre 1882 :									
Phthisie pulmonaire	663	383	730	389	618	307	2011	1079	53
Pneumonies	315	103	331	93	248	65	894	261	29
Bronchites	607	64	458	19	371	14	1436	97	6
Pleurésies	150	19	166	18	195	25	511	62	12

Le nombre des décès par phthisie pulmonaire s'est élevé du chiffre de 879, atteint pendant le second trimestre 1881, au chiffre de 1,079, présentant une augmentation de près d'un quart. Un fait, que nous signalions à la fin du mois de mars, nous a semblé se maintenir pendant ce dernier trimestre, je veux parler de la fréquence des formes rapides de la phthisie et particulièremet des formes pneumoniques. Pendant le mois de juin, les hémoptysies nous ont paru exceptionnellement fréquentes, aussi bien chez les malades atteints de formes chroniques en voie d'évolution que chez les sujets présentant pour la première fois les accidents d'une tuberculose débutante.

Les pneumonies, les bronchites et les pleurésies fréquentes aux mois d'avril et

mai, sont devenues beaucoup plus rares au mois de juin en même temps que nous revenaient la chaleur et la sécheresse.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Service de M. Hayem (premier trimestre). « *Pneumonie :* Nombre de cas, 6; guérisons, 5; mort, 1 (alcoolisme).

Deuxième trimestre. Nombre de cas, 21; guérisons, 14; mort, 7, se répartissant ainsi : alcoolisme, 2; sénilité, 5.

Ces 7 cas de mort ont été observés dans la seconde quinzaine de mai. »

HÔPITAL COCHIN. — M. Bucquoy : « *Pneumonie* : 34 cas, 6 morts.

Parmi les 6 morts, on trouve 3 fois de l'alcoolisme chronique et un délire intense. Dans 2 autres cas, on constate l'existence de tubercules à diverses périodes d'évolution. Le 6me malade avait une syphilis datant de quatre ans et des manifestations cutanées syphilitiques. A l'autopsie, on trouva une ossification presque complète du péricarde, avec un peu d'hypertrophie du cœur.

Les injections d'éther ont donné d'excellents résultats dans plusieurs cas.

On peut ajouter aux cas de mort par pneumonie l'observation d'un rhumatisant, qui succomba à une pneumonie double. Plusieurs des pneumonies guéries ont affecté la forme catarrhale. »

HÔPITAL TENON. — M. Sevestre : « Les *pneumonies* ont été fréquentes, surtout dans le mois d'avril; le 6 avril, en particulier, quatre hommes atteints de cette maladie entraient en même temps. Il y en eut en tout 9 dans le trimestre, et sur ces 9 cas, 4 présentaient une pneumonie double, soit que les deux poumons fussent atteints au moment de l'entrée à l'hôpital, soit que l'envahissement fut successif. Sur ces 4, il y eut 2 morts. Il y eut un autre décès, chez un homme de 72 ans. Aux femmes, 3 pneumonies seulement.

Nous avons eu également quelques cas de *pleurésies*, soit aiguës (3 cas), ayant guéri rapidement par les diurétiques et les purgatifs; soit chroniques, qui furent seulement améliorées momentanément par des ponctions, et d'ailleurs sans complication. Fréquence assez notable des *bronchites*, avec une intensité et une acuité variables. »

HÔPITAL TROUSSEAU. — Service de M. Bergeron, M. Marey, interne. « *Broncho-pneumonie :* 7 cas, 5 garçons, 2 filles; 3 broncho-pneumonies morbilleuses. 1 décès : broncho-pneumonie très étendue, avec congestion pulmonaire.

Bronchite capillaire : 3 cas, tous trois chez les filles; 2 décès.

Pneumonie : 18 cas, 13 garçons, 5 filles. Sur ces 18 cas, 16 pneumonies du sommet; 1 décès (fille). Dans ce cas, il y avait un léger épanchement de pus dans le péricarde.

Pleurésie : 5 cas, 3 filles, 2 garçons. Pas de décès.

Tuberculose pulmonaire : 13 cas, 7 filles, 3 décès, 4 en traitement; — 6 garçons, 5 décès, 1 en traitement. 1 cas de granulie (forme thoracique) terminé par la mort.

Méningite tuberculeuse : 8 cas, 5 garçons, 3 filles.

Coqueluche : 3 cas contractés dans le service, tous les trois chez des filles; 2 sont accompagnés de tuberculose pulmonaire. »

II. — DIPHTHÉRIE.

Chaque année amène dans les hôpitaux un nombre plus considérable de diphthé-

Diphthérie dans les hôpitaux de Paris — CROUP ET DIPHTHÉRIE — Mouvement. — Décès. — Proport. cent.	AVRIL		MAI		JUIN		TOTAUX TRIMESTRIELS		
	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Prop. p. 100
Deuxième trimestre 1881 :									
Diphthérie	39	19	52	28	59	23	150	70	46
Croup	70	52	67	45	56	45	193	142	73
Totaux	109	71	119	73	115	68	343	212	61
Deuxième trimestre 1882 :									
Diphthérie	67	39	36	20	46	24	149	83	55
Croup	80	68	75	64	74	52	229	184	81
Totaux	137	107	111	84	120	76	378	267	70

ritiques, et la gravité de la maladie semble devenir plus grande à mesure que les cas deviennent plus nombreux. Pendant le trimestre qui vient de s'écouler, 378 diphthéritiques ont été soignés dans nos hôpitaux ; l'an dernier, on n'en avait compté que 267. La mortalité, qui avait été de 61 °/₀ en 1881, s'est élevée à 70 °/₀. — En ville, le nombre des décès par diphthérie s'est élevé au chiffre de 728, alors que l'an dernier il n'avait été que de 553, c'est une augmentation d'un tiers. Bien que, comme l'a montré notre savant prédécesseur, M. Ernest Besnier, le printemps soit l'époque de l'apogée de la diphthérie, ce chiffre de 728 décès indique un accroissement effrayant de la maladie.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Service de M. Archambault; M. Thibierge, interne.

« *Salle des garcons.* — 25 enfants sont entrés avec des affections diphthéritiques; 8 n'avaient de fausses membranes que dans le pharynx sur lesquels 3 seulement sont morts et 5 ont guéri. Dans 17 cas, les fausses membranes avaient atteint le larynx; chez 5 de ces enfants, la trachéotomie était rendue inutile par une intoxication diphthéritique très puissante; un enfant atteint de croup confirmé a guéri sans opération. La trachéotomie a été pratiqué onze fois et a procuré la guérison dans 4 cas.

Un enfant venu du service de chirurgie et atteint, en même temps que de diphthérie pharyngo-laryngée, de rougeole et de broncho-pneumonie n'a pas été opéré.

3 enfants ont contracté la diphthérie dans la salle : chez l'un, atteint de tuberculose aiguë, cette complication n'a hâté la mort que de quelques jours; mais, chez les deux autres, la diphthérie a été la seule cause de la mort : l'un était depuis plusieurs jours en convalescence d'une scarlatine très légère; l'autre était atteint de *paralysie faciale à frigore* et a succombé en trois jours à une angine toxique.

Salle des filles. — 12 enfants venues du dehors n'ont pas eu de fausses membranes dans le larynx; 4 d'entre elles sont mortes par le fait de la diphthérie; une autre qui était en pleine convalescence de l'angine a succombé à la rougeole contractée dans le service.

Chez 14 enfants, également venues du dehors, il s'est manifesté des signes de croup; chez 3, la trachéotomie a été rendu impossible par des contre-indications évidentes; une qui avait guéri sans trachéotomie après avoir eu des symptômes de croup confirmé est morte de broncho-pneumonie, suite de rougeole contractée dans la salle; les 10 autres ont été opérées et une seule a guéri.

Comme pendant le trimestre précédent, les cas de diphtérie contractés dans la salle ont été plus nombreux parmi les filles que parmi les garçons, ce qui paraît tenir à des conditions d'aération spéciales à la salle : sur 11 enfants qui ont puisé dans la salle le germe morbide, 4 ont guéri, qui étaient entrées pour les maladies suivantes : Embarras gastrique, chorée, rougeole, syphilis héréditaire; celles qui ont succombé nous étaient arrivées pour la rougeole (3 cas), la scarlatine, la fièvre typhoïde, une autre était tuberculeuse. »

HÔPITAL TROUSSEAU. — Service de M. Bergeron. M. Marey, interne. « Pendant les mois de mai et juin, il est entré à l'hôpital Trousseau 112 cas de dipthhérie, 52 garçons, 60 filles. La mortalité générale a été de 2 sur 3 aussi bien chez les filles que chez les garçons. — Garçons : 17 guérisons, 25 morts; filles : 20 guérisons 40 morts.

Angines. — Les angines ont été au nombre de 43 : 19 chez les garçons, 24 chez les filles. La mortalité des angines a été de plus de 1 sur 2; il y a eu en effet 23 morts, 9 garçons et 14 filles. Parmi ces 23 angines terminées par la mort, 7 ont été suivies de mort quelques heures après l'entrée à l'hôpital; 7 étaient les angines secondaires, 1 à la fièvre typhoïde, 2 à la rougeole, 4 à la scarlatine, 2 ont dû la mort à la paralysie diphthéritique (paralysie du cœur) ; les 7 autres n'offraient de particulier que leur caractère toxique.

Sur les 20 angines qui ont guéri :

1 était secondaire à la scarlatine;

1 était accompagnée d'empâtement sous-maxillaire albumineux;

1 était accompagnée de coryza diphthéritique.

Dans les 17 autres cas, les fausses membranes n'existaient que dans la gorge.

Croups. — Ils ont été au nombre de 69 : 33 garçons, 36 filles. — Les guérisons ont été au nombre de 17 : 7 garçons, 10 filles, c'est-à-dire de 1 sur 4.

Sur ces 17, 7 ont guéri sans opération, dont 2 secondaires à la rougeole; 10 après la trachéotomie : 3 âgés de 2 ans, 3 de 5 ans, 2 de 6 ans, 1 de 7 ans, 1 de 8 ans.

Les croups morts ont été au nombre de 52 : 26 garçons, 26 filles. Tous avaient été opérés.

7 étaient absolument *in extremis* ;

9 étaient secondaires à la rougeole;
1 a succombé à la paralysie diphthéritique cardiaque;
4 avaient moins de 2 ans : 1 de 11 mois, 2 de 15 mois, 1 de 18 mois;
8 avaient en outre de la diphthérie toxique.

Les 23 autres étaient dans les conditions normales.

62 croups ont été opérés : 30 garçons, 32 filles; 10 ont guéri : 4 garçons, 6 filles.

Il y a eu pendant ces deux mois trois périodes de rémission dans le nombre des entrées : Du 11 au 15 mai, 2 entrées; du 6 au 10 juin, 3 entrées; du 22 au 26 juin, 2 entrées. »

(*La suite dans un prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE

KYSTE HYDATIQUE DU POUMON DROIT; PLEURÉSIE PURULENTE, PNEUMOTHORAX, VOMIQUE PULMONAIRE; OPÉRATION DE L'EMPYÈME APRÈS PONCTIONS; GUÉRISON.

Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 23 juin 1882,

Par M. Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, etc.

Jar... (Michel), âgé de 39 ans, serrurier, entré le 30 septembre 1881, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 13.

Cet homme était malade depuis un mois environ. Le début avait été marqué par un point de côté à droite avec fièvre, nausées et vomissements bilieux. Obligé bientôt de garder le lit, il fait appeler un médecin, qui diagnostique une pleurésie droite et fait appliquer successivement deux vésicatoires.

Les signes constatés à l'entrée du malade à l'hôpital par M. R. Moutard-Martin, qui remplaçait alors M. Bucquoy, furent ceux d'un épanchement pleurétique peu considérable du côté droit; matité dans la partie inférieure de la poitrine dans l'étendue de trois à quatre travers de doigt, absence du murmure vésiculaire, diminution des vibrations thoraciques en parties conservées. Pas de souffle ni d'égophonie. Le foie ne débordait pas sensiblement les fausses côtes.

Malgré le peu d'étendue de la pleurésie, les symptômes généraux étaient assez accusés : dyspnée très marquée, toux quinteuse et fréquente, abattement profond, appétit nul; fièvre assez vive, la température oscillant de 38 à 39°.

Les antécédents du malade n'éclairent en aucune façon l'étiologie de la maladie. Sans être robuste, il est de bonne santé habituelle. Ouvrier aisé, il n'a jamais souffert de la misère ni de privations; il a toujours eu une bonne hygiène et n'a fait aucun excès. Cet homme s'enrhumait facilement, mais il n'a jamais présenté aucun symptôme d'affection tuberculeuse, et n'a pas eu de tuberculeux dans sa famille.

Au reste, l'examen du poumon gauche ne révèle rien d'anormal; il en est de même du sommet droit, du côté de la pleurésie.

Le malade affirme n'avoir pas subi de refroidissement et ne signale aucune cause à laquelle on puisse rapporter le début de sa maladie.

Quelques jonrs après son entrée, le 6 octobre, M. Bucquoy, en reprenant son service, constate les mêmes phénomènes que ceux qui ont été signalés précédemment. L'épanchement toujours peu considérable paraît cependant, malgré l'application d'un nouveau vésicatoire, avoir fait quelques progrès.

Le 10 octobre, l'examen du côté malade fait reconnaître des signes nouveaux : aux signes de l'épanchement pleurétique sont venus s'ajouter ceux d'un pneumothorax. La matité persiste dans la moitié inférieure du côté droit, mais au-dessus, on trouve une sonorité tympanique, du souffle amphorique, le bruit d'airain et le bruit de fluctuation donné par la succussion hippocratique. En avant, absence complète du murmure vésiculaire et son tympanique à la percussion; abolition des vibrations thoraciques.

L'état du malade s'aggrave; l'affaissement est extrême, l'altération des traits profonde; la dyspnée a notablement augmenté; l'appétit est nul.

En raison de la gravité des symptômes, et malgré l'existence du pneumothorax, une ponction est pratiquée le 15 octobre par le procédé de Reybard. Elle donne issue à 2,800 cent. cubes de liquide purulent et fétide.

Une amélioration sensible suit l'évacuation du liquide; le malade prend un peu de nourriture et a retrouvé du sommeil.

Cependant, le 16 octobre et les jours suivants, des quintes de toux très violentes se mani-

festent et se répètent à plusieurs reprises dans la journée, amenant l'évacuation par la bouche d'une expectoration purulente assez abondante, offrant tous les caractères des vomiques.

Grâce à cette évacuation de pus par les bronches, l'épanchement pleural ne paraît pas augmenter. On ne constate de matité que dans une très petite étendue de la partie inférieure de la cavité pleurale droite. Les signes de pneumo-thorax restent évidents; on note même du tintement métallique. Cependant le malade s'épuise rapidement; il maigrit, prend un aspect profondément cachectique. La fièvre persiste avec exaspération vespérale (39°5). Il est évident qu'une issue funeste est prochaine. La femme du malade veut l'emmener mourir chez lui, mais cédant toutefois aux observations qui lui sont faites, elle se décide à le laisser à l'hôpital.

Quoiqu'il paraisse y avoir peu de liquide dans la plèvre, sa fétidité lors de la première ponction, l'haleine fétide du malade et l'odeur repoussante des crachats engagent à tenter une nouvelle ponction qui est pratiquée le 31 octobre. Elle ne donne issue qu'à une très petite quantité de liquide (100 centim. cubes environ) d'une horrible fétidité. Devant ce résultat, M. Bucquoy décide que le lendemain matin l'opération de l'empyème sera pratiquée, afin de pouvoir vider complètement et désinfecter la cavité pleurale.

Le 1er novembre, M. Gaucher, interne du service, fait l'opération de l'empyème.

On essaie de donner du chloroforme au malade, mais les premières aspirations provoquent des accès de toux d'une telle violence qu'on est obligé de suspendre immédiatement l'emploi de l'anesthésique. Une incision de 6 à 7 centim. est faite dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire. Puis, avec les précautions nécessaires, on pénètre dans la cavité pleurale. Il s'en échappe un liquide purulent, d'une odeur infecte, butyrique, semblable à celle de l'haleine et des crachats. La quantité peut en être évaluée à 7 à 800 centim. cubes environ. Avec ce liquide sortent aussi de la cavité quelques débris membraneux qui n'ont pas l'aspect ordinaire des fausses membranes pleurétiques.

La plèvre paraissait vidée, lorsqu'apparaît à l'ouverture extérieure une sorte de paquet membraniforme qui n'est pas expulsé par les efforts de toux et qu'on enlève en introduisant deux doigts dans la cavité pleurale. Ce paquet n'était autre chose qu'une vaste poche kystique du volume d'une grosse orange, absolument intacte, c'est-à-dire un kyste hydatique qui s'échappait de la plèvre par l'ouverture pratiquée à la paroi thoracique.

En introduisant le doigt dans la cavité pleurale, on sentait facilement, à travers le diaphragme, une partie de la surface convexe du foie lisse et n'offrant ni bosselures, ni dépressions. Cet organe d'ailleurs ne présentait pas d'augmentation de volume. Ce n'était donc pas dans le foie qu'il fallait chercher l'origine du kyste pleural. La marche de la maladie, les phénomènes de pleurésie, puis de pneumo-thorax, la vomique pulmonaire ainsi que la fétidité de l'expectoration et du liquide pleurétique, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic de *kyste hydatique du poumon* détaché dans la plèvre. La suite de l'observation n'a fait que confirmer la justesse de ce diagnostic.

L'examen du liquide retiré de la plèvre dans l'opération ne révélait pas de crochets d'hydatides, mais le kyste extrait par l'ouverture avait la structure histologique des kystes hydatiques.

Le pus qui s'écoule par l'incision intercostale conserve encore pendant quelques jours, malgré des lavages répétés à l'eau phéniquée et alcoolisée, une horrible fétidité. L'injection de l'eau des lavages pénètre par la fistule pleuro-bronchique et remonte jusque dans la bouche, ce qui provoque des accès de toux fort pénibles.

Immédiatement après l'opération, l'état général du malade s'améliore et on ne tarde pas à le voir se relever. Moins de fièvre, quoique l'on note encore quelques redoublements du soir; retour de l'appétit et des forces; le facies perd assez rapidement son aspect cachectique.

Vers la fin de novembre, l'expectoration diminue. Le liquide des injections ne reflue plus jusque dans la bouche; plus de vomiques, de sorte que le foyer pulmonaire ne paraît plus communiquer directement avec les bronches.

Le pus rendu par l'orifice extérieur a changé aussi de caractère. Depuis l'opération, c'était moins du pus qu'une matière gluante, entièrement semblable à des crachats. Ce qui faisait dire que le malade crachait dans sa plèvre. Maintenant le liquide est devenu franchement purulent; il est peu abondant et n'a plus d'odeur.

Le 10 décembre, la sonde de gros calibre maintenue en permanence dans le foyer, pour le drainage, commence à être mal supportée; le malade ressent de vives douleurs dans le côté; on trouve du sang sur les pièces du pansement. On diminue alors, de 2 centimètres environ, la longueur de la sonde.

Une modification importante est constatée à cette époque dans l'état du poumon. On commence à entendre nettement le murmure vésiculaire, en avant sous la clavicule, ainsi que sur

la partie moyenne en arrière. Les signes de pneumo-thorax persistent dans la partie postérieure et supérieure du côté affecté.

Le 26 décembre, on est obligé de diminuer encore la longueur de la sonde qui irritait manifestement le poumon, car, depuis quelques jours, le malade crachait un peu de sang et en perdait par l'ouverture extérieure de la poitrine.

Pendant le mois de janvier, pas d'autre particularité à signaler que la cicatrisation rapide de la plaie thoracique autour du trajet fistuleux, maintenu béant par la sonde qui sert aux lavages quotidiens. Ces lavages provoquent encore assez souvent des quintes de toux violentes. L'état général est très bon, le malade n'a plus de fièvre. Bon appétit.

De temps en temps, il arrive encore que le malade crache du sang d'un rouge vif; il a de véritables hémoptysies. Il est nécessaire alors de changer la sonde de drainage, qui est mal supportée et qui, trop raccourcie, ne permet plus des lavages suffisants.

A cette occasion, il est fait une exploration attentive de la cavité, dont il est facile de suivre le trajet sinueux. On peut y introduire une sonde d'un calibre moindre, 3/4 de centimètre de diamètre au lieu de 1 centimètre, mais encore d'une longueur de 15 centimètres. Cette exploration a ramené une nouvelle hémoptysie qui cède en vingt-quatre heures.

Le 9 février, le malade, qui depuis longtemps a recouvré ses forces, demande à aller reprendre ses travaux. Il conserve son trajet fistuleux à travers le poumon, mais la cavité pleurale paraît oblitérée. La respiration s'entend, en effet, dans presque toute l'étendue, tant en arrière qu'en avant. L'espace où l'on entend de l'amphorisme est restreint à la partie postérieure de l'aisselle, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres; quelques râles sous-crépitants à la base du poumon. Du côté gauche, respiration puérile dans tout le poumon.

Exeat le 10 février.

Il était convenu que le malade viendrait tous les matins se faire pratiquer le lavage à l'hôpital. Il est venu très exactement, ce qui a permis de constater les modifications survenues dans l'état local.

Tout alla bien jusqu'au 30 avril. Une seule fois, du 15 au 17 mars, le malade avait craché un peu de sang après un changement de tube. A cette date il fut pris, sans cause appréciable, d'un crachement de sang qu'il évalue à un demi-litre dans les vingt-quatre heures. En même temps, quintes de toux pénibles et perte d'appétit.

L'hémoptysie persistant, et la fièvre l'obligeant à rester au lit, il rentre à l'hôpital le 3 mai. La sonde est sinon supprimée, du moins assez raccourcie pour ne plus agir sur le poumon et conserver seulement le calibre de l'ouverture extérieure.

Quelques jours après, le malade allait très bien, et, le 8 mai, il pouvait quitter l'hôpital. Bientôt après, la suppuration cessa de se faire jour au dehors; sensation de malaise, un peu de fièvre. Le lavage ne pénétrait plus dans la cavité pulmonaire. Avec une sonde souple et assez mince, il fut facile d'y pénétrer et de reconnaître qu'elle mesurait, dans un trajet sinueux, encore 14 à 15 centimètres de longueur. Ce nouveau drain ramène de nouveau un peu de sang dans les crachats, mais il permet les lavages et l'écoulement du pus au dehors.

Depuis cette époque, 2 juin, le malade va très bien et se trouve dans l'état où nous le voyons, aujourd'hui qu'il est soumis à l'examen des membres de Société médicale des hôpitaux.

25 juin. Etat général excellent. Signes de pneumo-thorax seulement quand on fait tousser le malade, et dans le tiers moyen de la partie postérieure. Dans le reste de l'étendue du poumon, murmure vésiculaire presque normal. Persistance du trajet fistuleux, mais suppuration peu abondante ne nécessitant des lavages que tous les trois ou quatre jours.

Depuis plusieurs mois, le malade a repris les travaux de sa pénible profession, et n'en éprouve aucune fatigue.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1882. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE.— Correspondance. — Présentation d'un ouvrage sur les *Névroses*, par M. Huchard. — Présentation d'un malade guéri d'un *kyste hydatique du poumon par l'opération de l'empyème*, par M. Bucquoy. — *Statistique du service des femmes en couches à l'hôpital Lariboisière*, par M. Siredey. Discussion : MM. Hervieux, Gérin-Roze, Moutard-Martin, Siredey, Duguet. — Présentation d'un malade atteint de *spasme fonctionnel du muscle sterno-mastoïdien*, par M. Sevestre. — Nominations de membres titulaires et de membres correspondants.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Anales de gynécologie.* — *Mémoires* de la Société de médecine

de Strasbourg. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Lyon médical.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Récit de mon empoisonnement avec de l'apomorphine*, par G. Pécholier, etc., etc.

—

M. Henri Huchard : « J'ai l'honneur de présenter à la Société le *Traité des névroses* d'Axenfeld, dont mon regretté maître m'avait chargé, dès 1876, de préparer une seconde édition. Ce livre se compose de deux parties distinctes : l'une, comprenant le texte de la première édition, que le devoir me commandait de respecter ; et l'autre, comprenant toutes les additions que les progrès considérables de la science m'ont imposé. J'ai été amené ainsi à ajouter environ 700 pages aux 500 pages que contenait la première édition. Du reste, le lecteur pourra reconnaître facilement, au moyen d'un signe introduit dans le texte (deux parenthèses à crochets [ ]), tous les développements nouveaux qui m'appartiennent, dont je veux assumer l'entière responsabilité, puisque, pour mon malheur, je n'ai pu recevoir ni les conseils, ni les observations de mon maître vénéré. J'ai même été amené à ouvrir des chapitres entièrement nouveaux sur : les *tremblements* ; la *maladie de Parkinson* ; les *paralysies d'origine viscérale et périphérique* ; le *nervosisme chronique*, pour lequel j'adopte le nom de *neurosthénie* ou de *neurataxie* ; la *pathogénie des névralgies*, etc. Parmi les chapitres anciens qui ont été refondus, je dois vous signaler aussi ceux qui sont relatifs aux *paralysies des maladies aiguës* ; à la *chorée* ; à l'*angine de poitrine* ; au *vertige* ; à l'*épilepsie* ; à la *catalepsie* et à l'*hystérie*. Mais, tel qu'il est, ce *Traité des névroses* n'est pas encore complet, et je réserve pour un second volume, dont j'ai déjà colligé les principaux matériaux, l'étude de quelques névroses (goître exophthalmique, asphyxie et syncope locale des extrémités, paralysie vaso-motrice des membres, etc.) et de quelques autres maladies qui n'ont pas pu trouver place dans ce premier volume. Il me sera peut-être permis alors d'entrer dans plus de détails sur certaines névroses plus ou moins extraordinaires, que j'ai voulu aujourd'hui seulement indiquer, parce que la preuve scientifique et l'utilité pratique de quelques-uns de ces faits ne me paraissent pas encore suffisamment démontrées.

Je dois appeler l'attention sur quelques erreurs typographiques qui ont été commises, et surtout sur les deux suivantes : à la fin de la page 280, il faut lire : les vertiges épileptiques se produisent *parfois* pendant la nuit ; à la page 868, c'est *Locock*, et non Laycock qui est l'introducteur du bromure de potassium dans la thérapeutique des maladies nerveuses, et de l'épilepsie en particulier.

En terminant, j'ai un devoir à remplir et je ne peux vous dissimuler toute l'émotion que j'éprouve à ce sujet : je veux évoquer devant vous le souvenir de mon maître vénéré, de cet homme de bien dont plusieurs d'entre vous n'ont pas encore oublié les grandes et belles qualités, l'esprit brillant et enjoué, le cœur toujours ouvert aux nobles aspirations et aux sentiments généreux, qui a été — suivant une parole que j'aime à répéter, parce qu'elle traduit fidèlement la pensée de tous — « l'honneur de la médecine française et à qui il n'a manqué que de vivre pour en devenir la gloire. »

—

A propos du procès-verbal, M. Ferrand annonce qu'un médecin de Lyon, son homonyme, lui a écrit dernièrement, en lui affirmant qu'il a employé avec succès l'acide phénique en injections sous-cutanées dans plus de mille cas de fièvre typhoïde !

—

M. Bucquoy présente un malade guéri d'un kyste hydatique du poumon par l'opération de l'empyème. (Voyez plus haut.)

M. F. Siredey lit un travail sur la statistique du service des femmes en couches à l'hôpital Lariboisière. (Voyez l'Union Médicale des 10, 12 et 15 août 1882.)

M. Hervieux : Je demanderai la permission à la Société de mettre en parallèle avec les résultats obtenus par M. Siredey dans son service de Lariboisière ceux que nous avons obtenus à la Maternité, depuis le commencement de mon exercice dans cette maison jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis vingt et un ans.

De 1861 à 1864, notre mortalité a été en moyenne de 12,89 p. 100. En 1864, notre coefficient mortuaire s'était élevé jusqu'au chiffre effroyable de 20 p. 100. De 1864 à 1867, la proportion de nos décès n'oscille plus qu'entre 4 et 8 p. 100, ce qui est encore un chiffre très élevé. De 1867 à 1872, c'est entre 1 et 4 p. 100 qu'oscille notre mortalité. De 1872 à 1882, la proportion moyenne de nos décès a été d'environ 2 p. 100, et depuis les deux dernières années elle est tombée au-dessous de ce chiffre.

Par quels moyens avons-nous obtenu cette progression constamment décroissante dans le chiffre de nos décès ?

Lorsque je pris possession du service médical de la Maternité, je n'avais, je l'avoue, aucune idée arrêtée ni sur la nature, ni sur les causes, ni sur le traitement des épidémies puerpérales. Toutes les opinions émises dans la fameuse discussion de 1858 sur la fièvre puerpérale étaient tellement contradictoires, qu'il était bien difficile d'en déduire quelques données précises et qui puissent servir de guide pour la solution de ces graves questions.

On avait bien parlé de poison, d'empoisonnement, d'infection et de contagion, mais ces idées étaient loin d'être généralement acceptées, comme elles le sont aujourd'hui.

M. Paul Dubois, dont l'autorité était si grande et si légitime, considérait la fièvre puerpérale comme une abstraction, comme un être de raison dû à une cause mystérieuse dont l'essence nous échappe et qu'il appelle *τι θειον*, *quid divinum*. Il a même combattu M. Depaul dans les idées contagionistes émises cependant par cet éminent professeur avec une excessive réserve. M. Danyau, que j'ai souvent interrogé à l'époque de nos désastres, ne croyait aussi à la contagion que dans des limites très restreintes. La ville et les campagnes étaient dans sa pensée presque aussi fréquemment le théâtre des épidémies puerpérales que les services d'accouchement.

Donc, pendant les quatre premières années de mon séjour à la Maternité, j'ai cherché ma voie, en suivant purement et simplement les errements de mes prédécesseurs. Or, pendant ces quatre premières années, j'ai beaucoup travaillé; je cherchais avec ardeur sur le cadavre la raison d'être des épidémies désastreuses dont j'étais témoin, et plus je m'acharnais à cette tâche, plus la propagation épidémique prenait de développement. C'est ainsi que nous finîmes par atteindre en 1864 le chiffre lamentable de 20 p. 100.

C'est encore dans cette première période de mon exercice que furent atteintes un certain nombre de personnes attachées au service des infirmeries. Quelques-unes de nos élèves sages-femmes succombèrent soit à des péritonites, soit à des érysipèles contractés dans le service. Je fus moi-même atteint de rhumatisme articulaire au plus fort de l'épidémie et remplacé pendant plusieurs mois par M. Jules Guyot.

J'étais dès lors pleinement acquis aux idées d'infection et de contagion, et je les développai dans un travail intitulé : *Etiologie et prophylaxie des épidémies puerpérales*, travail que je soumis à la Société médicale des hôpitaux en 1865 et qui a été inséré tout entier la même année dans la *Gazette médicale*. Je dus être très réservé en ce qui concerne la maison d'accouchement, M. Husson, notre directeur général, ayant exprimé à notre Société siégeant alors au chef-lieu de l'Assistance publique, le désir formel qu'on n'agitât pas la question de la Maternité.

Ces idées me conduisirent à introduire déjà dans mon service des modifications importantes. Sans renoncer entièrement à la pratique des autopsies, je ne m'y livrai plus qu'avec toutes sortes de précautions, bien convaincu que j'avais dû être très souvent un agent de transmission du principe toxique, soit pour les femmes enceintes, soit même pour les nouveau-nés. Je m'interdis de rentrer dans les salles et de voir aucune malade le jour où j'avais pratiqué des recherches cadavériques, je m'imposai les lavages répétés avec les liquides désinfectants alors connus, eau chlorurée, alcoolat de menthe, alcool camphré, etc. J'interdis également à l'interne, qui m'avait assisté dans l'autopsie, de faire ce jour-là la visite du soir. Enfin j'apportai une beaucoup plus grande discrétion dans mes investigations cliniques.

C'est ainsi que je m'astreignis : 1° à commencer la visite par les accouchées les moins malades pour la finir par les femmes les plus gravement affectées; 2° à ne toucher plus aucune autre accouchée quand j'avais pratiqué le toucher sur ces dernières; 3° à ne faire d'autres explorations que celles qui étaient commandées par l'intérêt du diagnostic et du traitement. Je condamnai mon interne aux mêmes précautions qui, par malheur, étaient loin d'être toujours exactement suivies, — le besoin de s'instruire poussant souvent les jeunes gens à violer la consigne.

Ces premières mesures portèrent leurs fruits, et, de 1864 à 1867, ma mortalité moyenne fut d'environ 5 p. 100.

C'était déjà mieux, mais cela n'empêchait pas les épidémies de reparaître toujours menaçantes. Pour échapper à ce danger sans cesse renaissant, je fis restreindre le chiffre des admissions qui, de 2 à 3,000, descendit à 12 ou 1,500.

Je n'avais pas à surveiller que moi-même et mon interne; il y avait encore tout un personnel d'élèves sages-femmes, chargées de faire les pansements, d'appliquer les sangsues, les vésicatoires, les ventouses, les cataplasmes, de pratiquer les injections, de donner à boire aux malades, de les veiller pendant la nuit. Or, il faut savoir que ces élèves soignaient les valides en même temps que les malades, touchaient les femmes enceintes, assistaient les femmes en travail, soignaient les accouchées aussi bien dans les salles de valides qu'à l'infirmerie. Elles devenaient ainsi des agents de transmission du principe morbide au premier chef.

Chargé de leçons cliniques par le règlement, j'étais partagé entre le désir de conserver ces

élèves dans mes salles et la crainte d'aggraver mon état sanitaire en les conservant. Mon éminent collègue, M. Tarnier, ayant à cette époque adressé à l'Administration une note sur l'isolement des accouchées malades, M. Husson me fit appeler et me proposa de mettre à exécution cette mesure. Grâce à cette intervention, la séparation du personnel affecté aux valides et du personnel affecté aux malades devint un fait accompli. D'accord avec l'Administration, je réglai moi-même les conditions de cette séparation. On ne se contenta pas de murer les salles de valides. Je privai mon interne et je me privai moi-même de toute espèce de rapports, non-seulement avec les accouchées valides, mais encore avec la salle d'accouchement. Les élèves sages-femmes n'eurent plus accès dans les infirmeries. Une crèche spéciale fut attribuée à ces dernières. Et je puis dire hautement que personne n'a veillé plus rigoureusement que moi au maintien de cette séparation qui aurait pu si facilement rester à l'état de lettre morte.

La mise en pratique de ces mesures nous conduisit à des résultats de plus en plus satisfaisants, puisque notre moyenne de mortalité est descendue de 67 à 72 au-dessous de 3 p. 100 ; de 72 à 82, à 2 p. 100, et même, dans ces trois dernières années, au-dessous de 2.

Et il est impossible d'invoquer contre cette statistique l'argument des séries heureuses. Car il ne s'agit pas ici de quelques mois, ni même de quelques années. Il s'agit d'une période de vingt et un an, pendant laquelle le coefficient mortuaire de la Maternité a suivi une progression constamment décroissante. Notez bien que l'application de ces mesures n'a exigé de l'Administration aucune dépense supplémentaire. Autrefois, on consacrait chaque année une cinquantaine de mille francs à des travaux de maçonnerie, de peinture, à des renouvellements de mobilier qui n'amenaient aucun résultat. Aujourd'hui tous ces frais extraordinaires n'ont plus qu'une médiocre importance.

Aux réformes que je viens de rappeler, il faut joindre l'introduction des moyens antiseptiques qui sont appelés, je n'en doute pas, à jouer un rôle très important dans la prophylaxie des épidémies de septicité puerpérale, si j'en juge par les résultats obtenus à la Maternité depuis que M. Lucas-Championnière a inauguré cette méthode dans les salles d'accouchées.

Armés comme nous le sommes aujourd'hui, je crois pouvoir dire que nous sommes maîtres des épidémies puerpérales, et que le temps n'est pas loin où nous serons affranchis de cet horrible fléau.

M. Gérin-Roze : J'ai fait autrefois, pour l'Administration, le service des visites chez les sages-femmes qui recevaient pour accoucher les femmes envoyées par l'hôpital Lariboisière. J'ai constaté que la mortalité, chez ces sages-femmes, était dissimulée par le renvoi des accouchées à l'hôpital, aussitôt qu'un accident quelconque avait lieu, cet accident survenait-il même au troisième ou au quatrième jour. C'est ainsi qu'en éliminant promptement les mauvais cas, au détriment de la statistique de l'hôpital, la statistique des sages-femmes n'était entachée d'aucun cas de mort.

Aujourd'hui encore, à l'hôpital Tenon, je vois arriver dans mon service un grand nombre de femmes accouchées chez des sages-femmes et atteintes de péritonites, de phlegmons, etc., et la plupart me racontent qu'elles se sont levées au quatrième jour ou plus tard, mais prématurément. Elles ont toutes été renvoyées trop tôt par ces sages-femmes, où elles sont mal soignées et même point du tout, ce qui tient assurément à la suppression de la surveillance qui était exercée autrefois par des médecins désignés pour cela. Les plaintes que j'ai formulées et remises au directeur de l'hôpital Tenon sont restées, comme toujours, sans effet.

M. Moutard-Martin : La surveillance des sages-femmes est nulle en effet en ce moment ; mais je sais pertinemment qu'elle ne tardera pas à être rétablie et le contrôle, exercé par des médecins nommés par l'Administration, sera rigoureux aussi bien pendant le séjour des accouchées chez les sages-femmes qu'au moment de leur sortie définitive. La statistique des sages-femmes sera donc alors forcément exacte. En ce qui concerne les sages-femmes qui sont du ressort de l'hôpital Lariboisière, voici comment elles procèdent : elles envoient leurs accouchées, quand un accident survient, dans tous les autres hôpitaux où elles sont reçues ; elles cachent ainsi aux bureaux de l'hôpital Lariboisière les résultats réels et la statistique de leurs accouchements.

M. Siredey : C'est ce qui explique comment il se fait que, d'année en année, les accouchées qui sont renvoyées dans mon service diminuent. Ainsi, j'en note 73 pour 1879, 41 pour 1880 et 29 seulement pour 1881. Pour peu que cela continue, je n'en recevrai bientôt plus du tout.

M. Duguet : L'influence si fâcheuse de l'amphithéâtre d'autopsie, sur les femmes en couches, étant démontrée depuis longtemps déjà par les observations si intéressantes de M. Hervieux, je demanderai à notre honorable collègue si l'Administration a pris soin de le

consulter quand il s'est agi d'agencer l'hôpital Tenon, cet hôpital qui devait réunir les perfectionnements hospitaliers les plus modernes, et où nous voyons le pavillon des femmes en couches (modèle Tarnier), isolé des bâtiments qui renferment les malades ordinaires, mais adossé, pour ainsi dire, à l'amphithéâtre d'autopsies ? Il y a là un vice capital qui choque les notions d'hygiène les plus élémentaires.

M. Hervieux : Assurément l'on ne m'a pas consulté pour faire une installation de ce genre.

—

M. Sevesvre présente un malade atteint de *spasme fonctionnel du muscle sterno-mastoïdien.*

G... (Léon), âgé de 35 ans, exerçant la profession de repousseur, est entré le 25 mai dans mon service à l'hôpital Tenon (salle Saint-Vincent-de-Paul, n° 5) (1) pour une affection qui, à un examen superficiel, ressemble à un torticolis. C'est en effet le diagnostic qui a été porté à une consultation d'hôpital où le malade s'est présenté.

Lorsque cet homme se tient debout, la face est dirigée vers le côté droit, par une contraction du sterno-mastoïdien ; ce muscle se dessine sous la peau, formant une saillie appréciable à la vue, et la palpation montre nettement que cette saillie est constituée par les deux faisceaux du sterno-mastoïdien du côté droit. Mais si au lieu d'examiner le malade debout on le fait coucher, de façon à ce que la tête repose franchement sur l'oreiller, on constate que les muscles du cou sont tous dans le relâchement, le sterno-mastoïdien droit aussi bien que les autres. Le même fait se produit lorsque le malade est assis dans un fauteuil et laisse sans efforts sa tête tomber sur le dossier. Il a même eu l'idée de remplacer l'oreiller ou le dossier du fauteuil, par un coussin appliqué à la nuque, et qui a aussi pour résultat de maintenir la tête. Au contraire, dès que le malade se lève sur son lit, ou enlève son coussin, et particulièrement s'il cherche à diriger la tête vers le côté droit, aussitôt le sterno-mastoïdien se contracte. En même temps les autres muscles restent dans le relâchement, sauf le trapèze du côté gauche, qui sans être véritablement en état de contraction, est cependant un peu plus tendu que celui du côté opposé.

Au repos, le malade n'accuse aucune douleur dans le cou, et la sensibilité paraît absolument normale ; mais les contractions du muscle, lorsqu'elles sont prononcées, sont légèrement douloureuses, et méritent presque le nom de crampes.

Il existe aussi, non pas à proprement parler, des troubles de la vue, mais une fatigue des yeux, résultant de ce que, par le fait de la rotation de la tête, les deux yeux ne se trouvent plus sur le même plan, l'œil gauche se trouvant plus en arrière. Le malade a appris lui-même à remédier à cet inconvénient en fermant l'un des deux yeux et particulièrement le droit, en même temps qu'il soutient la tête de ce côté.

Le début de ces accidents remonte au 15 mars. Ce jour-là, le malade s'aperçut pendant son travail que les mouvements du cou étaient difficiles, puis impossibles, et, portant la main sur ce point, il constata l'existence d'une saillie rigide sur le côté droit. Il remarqua aussi que, par le repos, tout cela disparaissait. Les jours précédents, il n'avait rien remarqué de bien particulier ; cependant il s'était déjà, depuis près d'un an, aperçu de l'existence d'une gêne, d'une sorte de raideur ou de douleurs vagues dans les muscles du cou ; mais comme ces symptômes étaient peu caractérisés, très fugaces, il n'y avait attaché aucune importance.

Il travaille dans un atelier assez froid et exposé au vent ; mais la cause principale sinon exclusive de sa maladie paraît résulter de l'exercice de sa profession. Cet homme, en effet, est tourneur ou plutôt repousseur, et il est obligé, pour son travail, de tourner la tête de côté, soumettant ainsi le sterno-mastoïdien du côté droit à des contractions répétées, les autres muscles restant au contraire dans un relâchement relatif. C'est ainsi que paraît s'être développée la maladie, par un mécanisme analogue à celui qui détermine la *crampe des écrivains.*

Ajoutons que cet homme est habituellement bien portant, qu'il n'a jamais eu de rhumatismes, ni aucune affection nerveuse, et qu'il ne paraît y avoir eu dans sa famille aucun antécédent de ce genre. La seule maladie dont il ait conservé le souvenir est une syphilis contractée il y a quinze ans, et qui se caractérisa par un chancre, puis de la roséole et des plaques muqueuses quelques mois après ; un an après son chancre, il s'est marié et a eu plusieurs enfants qui sont bien portants ; sa femme n'a point eu de fausse couche. Il ne peut préciser le genre de traitement qui avait été employé à cette époque.

Depuis le début de la maladie actuelle, il a vu plusieurs médecins qui lui ont fait prendre du bromure de potassium ou de l'iodure de potassium, sans qu'il ait retiré de l'une ou de l'autre de ces médications aucun bénéfice. On lui a parlé aussi d'électricité ; mais la seule tentative qui ait été faite, l'a été par lui-même à une fête des environs de Paris. Il a trouvé que ce

(1) Observation rédigée d'après les notes prises par M. Belin, interne provisoire, et M. Lallot, externe du service.

our-là son cou était plus libre. Pendant son séjour à l'hôpital, le traitement a consisté dans l'emploi des moyens suivants :

1° Bromure de potassium à la dose de 3 à 4 grammes;

2° Onctions sur le muscle sterno-mastoïdien du côté droit, avec une pommade au chloroforme;

3° Gymnastique des muscles du cou, de façon à exciter la contraction des muscles antagonistes;

4° Electrisation par les courants continus, en augmentant progressivement la durée (de 5 à 10 minutes) et le nombre des éléments (de 2 à 20 de l'appareil Chardin).

Le malade a quitté le service, le 19 juin, légèrement amélioré, et décidé, pour son travail, à conserver le coussin, ou plutôt une sorte de carcan, de minerve, qu'il a fabriqué lui-même avec une plaque de zinc recouverte d'étoffe, et destinée à maintenir le cou et la tête immobiles.

En somme, l'affection dont est atteint notre malade se caractérise par une contraction du sterno-mastoïdien, contraction intermittente, s'étant développée primitivement pendant le travail, et actuellement se manifestant particulièrement dans l'exercice de sa profession. A ce titre, elle me paraît rentrer dans le groupe de cas décrits sous le nom de *spasmes fonctionnels* et dont la crampe des écrivains est le type le plus commun et le mieux caractérisé.

Pour nous en tenir d'ailleurs au cas actuel, il n'est point isolé, et Duchenne (de Boulogne) cite quelques cas de spasmes fonctionnels du sterno-mastoïdien. Il m'a semblé que ce fait était suffisamment net au point de vue de la pathogénie, et assez intéressant par ses symptômes pour mériter d'être signalé.

—

MM. Moizard, Déjerine et Gombault sont nommés membres titulaires.

M. Zancarol, médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie et M. Desplats, médecin à Lille, sont nommés membres correspondants.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

(1) Duchenne, de Boulogne. *De l'électrisation localisée*, 3e édit., 1872, p. 1021 et suiv.

FORMULAIRE

Gargarisme antiscorbutique. — Kortum.

Feuilles de sauge. . . . . 20 grammes.
Vin rouge bouillant . . . . q. s.

Pour obtenir 240 grammes de colature; filtrez et ajoutez :

Acide chlorhydrique pur. . . . . 4 grammes.
Mellite de roses . . . . 30 —

F. s. a. un gargarisme conseillé aux personnes atteintes de scorbut. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont institués, pour une période de deux ans, à dater du 1er novembre 1882, à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux :

1° *Chefs de clinique médicale* : MM. les docteurs Dallidet (Jacques), en remplacement de M. Dubreuil, dont le temps d'exercice est expiré; Cayla (Frédéric), en remplacement de M. Davezac dont le temps d'exercice est expiré;

2° *Chefs de clinique chirurgicale* : MM. les docteurs Chevalier (Gabriel-Léon) et Courtin (Félix), en remplacement de MM. Piéchaud et Monod, dont le temps d'exercice est expiré;

3° *Chef de clinique obstétricale* : M. le docteur Hirigoyen (Louis), en remplacement de M. Bitot, dont le temps est expiré;

4° *Chef adjoint de clinique obstétricale* : M. Rivière (Maurice), en remplacement de M. Hirigoyen, nommé chef de la même clinique.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COAGULATION DU SANG.

PREMIÈRE PARTIE :

Du rôle des éléments figurés dans la coagulation;

Par Georges HAYEM.

Suite. — (Voir les numéros des 24 et 31 août.)

RÔLE DES HÉMATOBLASTES.

Le seul fait saillant et indiscutable que l'histologie du sang mette en lumière est celui de l'existence dans ce liquide d'éléments extrêmement vulnérables dont les modifications morphologiques sont étroitement liées à la formation du réticulum fibrineux. Je n'ai plus à revenir ici sur la description de faits anatomiques que j'ai fait connaître antérieurement d'une manière suffisamment détaillée. Mon intention est de chercher à résoudre quelques-unes des questions que j'ai formulées au début de ce travail.

1° *De la coagulabilité du sang dans ses rapports avec la vulnérabilité des hématoblastes.* — Il résulte de mes recherches comparatives, pratiquées sur le sang d'un assez grand nombre d'animaux, un fait qui me paraît intéressant et bien significatif, à savoir que la vulnérabilité des hématoblastes varie en raison directe de la coagulabilité du sang.

Pour le mettre en évidence, il faut préparer les hématoblastes par dessiccation rapide sur une lame de verre, par le procédé que j'ai indiqué. Ce procédé est d'ailleurs le seul qui permette de fixer convenablement ces éléments. Dans les préparations microscopiques faites avec les divers liquides qu'on peut utiliser pour l'étude des éléments du sang, les hématoblastes sont toujours plus ou moins modifiés, et lorsque ces éléments ont déjà subi un commencement d'altération sous l'influence des agents extérieurs, ils ne diffèrent pas des éléments normaux impressionnés par le sérum artificiel employé. Au contraire, on ne peut obtenir par la dessiccation des hématoblastes présentant leurs caractères typiques que lorsque ces éléments n'ont encore éprouvé de la part des agents extérieurs que des modifications de forme et non de qualité. Or, certains animaux, le chien et le lapin, que nous employons communément dans nos laboratoires, et dont le sang se coagule très rapidement, ont des hématoblastes tellement vulnérables qu'il est extrêmement difficile d'en obtenir de bonnes préparations par voie sèche. Pour réussir, il faut agir avec une rapidité que donne seule une grande habitude, et encore n'obtient-on dans une préparation que quelques éléments irréprochables ; ce sont précisément ceux qui adhèrent les premiers à la lame de verre et se trouvent desséchés avant les autres. Chez l'homme, dont le sang est moins coagulable, les hématoblastes sont relativement faciles à préparer par voie sèche. Mais c'est avec le cheval, dont le sang se coagule encore moins rapidement qu'on obtient les meilleurs résultats. Aussi quelques-unes des expériences que nous allons rapporter ne peuvent-elles réussir qu'avec le sang de cet animal.

2° *De l'état des hématoblastes dans le sang pur non coagulé.* — S'il est vrai que la formation de la fibrine exige l'altération préalable des hématoblastes, on doit

pouvoir prétendre qu'il n'existe pas un seul cas dans lequel la coagulation s'effectue malgré la conservation parfaite de ces éléments. Et, en effet, c'est ce qui a lieu : toutes les fois que le sang se coagule les hématoblastes sont altérés. Mais on comprend très bien que ces corpuscules puissent être altérés ou détruits sans que le sang se coagule, lorsque ce liquide se trouve placé dans des conditions capables d'empêcher la coagulation, en exerçant leur influence sur les autres facteurs qui interviennent dans la précipitation de la fibrine. Nous aurons à signaler quelques circonstances de ce genre. Il en résulte que, pour arriver à démontrer l'exactitude de notre théorie, il est inutile de chercher à établir que les hématoblastes restent toujours intacts dans les conditions diverses où le sang peut-être maintenu à l'état liquide. Néanmoins, il est très intéressant de déterminer quel est l'état des hématoblastes dans ces différents cas. Nous allons voir que le processus de coagulation est si intimement lié aux modifications de ces éléments que le plus habituellement on les trouve inaltérés tant que le sang conserve sa fluidité.

Mes recherches antérieures ont déjà fait voir que les hématoblastes se modifient à peine dans le sang issu du corps et conservé liquide à l'aide du froid, à une température voisine de 0°. Elles ont montré également que ces corpuscules se conservent dans les vaisseaux du cadavre tant que le sang ne s'y coagule pas. Mais il est une circonstance connue depuis longtemps comme s'opposant à la formation de la fibrine, et dans laquelle il était particulièrement important de rechercher l'état des hématoblastes. Je veux parler de la stagnation du sang dans des vaisseaux sains.

Lorsque sur le vivant on comprend entre deux ligatures un segment vasculaire plein de sang, on sait que pendant plusieurs heures il ne se produit aucune trace de coagulation. Si l'on vient alors à piquer le vaisseau, en recueillant quelques gouttes du liquide qui s'en écoule et en les diluant immédiatement à l'aide d'une sérosité artificielle ayant la propriété de fixer les éléments du sang, on constate facilement que les hématoblastes paraissent inaltérés. Dans le cas où l'expérience est faite sur la jugulaire externe du chien, au bout de deux heures environ, les globules rouges se sont déposés à la partie inférieure du vaisseau et on peut examiner séparément le plasma et la couche des globules rouges. Dans l'un et l'autre liquide on retrouve des hématoblastes; mais dans ces conditions il m'a été impossible de faire de bonnes préparations par voie sèche et par suite de décider si ces éléments restent absolument intacts. Cette expérience ne m'a donné de résultats décisifs que chez le cheval. Pour la rendre plus démonstrative, je l'ai faite à l'aide d'un segment de veine détaché et conservé plein de sang pendant plusieurs heures dans une éprouvette entourée de glace. Pour apprécier les résultats que nous avons obtenus, il faut au préalable faire connaissance avec les hématoblastes du cheval.

Dans une préparation de sang pur les hématoblastes, d'abord isolés, se réunissent dans les espaces plasmatiques par petits groupes de deux à six éléments, quelques-uns, en fort petit nombre, restent isolés. D'abord bien nets et presque tous légèrement colorés, ils pâlissent, deviennent anguleux, paraissent plissés et au moment où le sang se coagule, on en voit partir de petits prolongements à peine visibles.

Ainsi altérés, ces éléments persistent pendant un temps fort long sans se modifier plus profondément ; ils ne se fusionnent pas complètement en une masse commune et restent presque toujours distincts les uns des autres, ce qui les différencie de ceux de l'homme et des autres mammifères. On sait, en effet, que chez ces derniers, les hématoblastes ne tardent pas à former une petite masse vitreuse ou légèrement granuleuse dans laquelle on ne peut distinguer les éléments composants.

Lorsqu'on les prépare par dessiccation rapide, les hématoblastes du cheval se montrent sous la forme de corpuscules presque toujours bien isolés, arrondis, plus rarement déformés sur les bords que ceux des autres animaux. La plupart d'entre eux conservent une légère coloration; en un mot, s'altérant un peu moins vite, ils se laissent plus facilement fixer dans leur forme normale.

Bien renseignés sur l'état normal des hématoblastes examinés sans l'intervention d'un réactif, nous pouvons passer à l'étude de ces éléments dans les diverses cou-

ches d'un segment veineux, détaché du corps de l'animal depuis douze à vingt heures.

La densité des hématoblastes étant probablement faible, une assez grande partie d'entre eux restent en suspension dans le plasma, mais un bon nombre sont, nous le savons déjà, entraînés avec les globules rouges. Toutefois, la partie qui en renferme le plus est celle qui apparaît sous la forme d'un petit disque blanc à la surface des globules rouges. Qu'on les examine dans l'une ou l'autre de ces couches, en opérant le plus rapidement possible, on les reconnaîtra très aisément; mais ils se modifieront plus rapidement et parfois plus profondément que dans une préparation de sang pur et frais, faite dans les mêmes conditions. En général, ils prennent en moins d'une minute l'apparence de corpuscules vésiculeux, pâles, vitreux ou légèrement granuleux; ils forment des amas plus volumineux et plus compactes que dans le sang normal, et ceux qui sont légèrement colorés perdent en très peu de temps leur hémoglobine. En faisant les préparations par dessiccation, les hématoblastes qu'on obtient sont moins parfaits que ceux du sang pris sur le vivant, et il est nécessaire pour les fixer convenablement d'opérer avec une extrême rapidité. Lorsqu'on les extrait de la couche grise qui surmonte les globules rouges, ils sont réunis sous la forme d'amas plus ou moins volumineux, constitués par une plaque légèrement granuleuse, à bord assez net, dans l'intérieur de laquelle les hématoblastes paraissent englués et maintenus à une certaine distance les uns des autres. Lorsque la préparation a été faite un peu moins vite, les hématoblastes groupés en amas contenant 10, 20, 30 éléments, tendent à former une masse commune; ils sont légèrement granuleux, et autour d'eux règne une atmosphère légèrement jaunâtre due à la transsudation de l'hémoglobine. Il est donc évident que les hématoblastes ne s'altèrent pas sensiblement dans la veine pendant que le sang y reste fluide, mais qu'ils se trouvent en quelque sorte dans un état d'altération imminente, puisqu'ils se modifient dès qu'ils sortent du vaisseau, plus rapidement que dans le sang frais recueilli sur le vivant.

(La suite dans un prochain numéro.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

LES SALICYLATES ET LE RHUMATISME AIGU DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CLINIQUE MÉDICALE DE LONDRES.

L'emploi de l'acide salicylique et de ses composés pour combattre les accidents aigus du rhumatisme articulaire est une question encore ouverte, malgré les nombreuses discussions dont elle a été l'objet, il y a quelques années, devant les Sociétés médicales de notre pays. A cette époque, les uns, partisans déclarés de cette méthode annoncée avec retentissement, allaient jusqu'à en comparer les effets à ceux de la quinine contre l'impaludisme ou du mercure contre la syphilis. Mais d'autres médecins, non moins nombreux et non moins éminents, mis en défiance peut-être par ce fracas et par l'enthousiasme des avocats de la nouvelle médication, demeuraient sur une sage réserve. Avec cette prudence et cette patience clinique qui préviennent les entraînements irréfléchis, ils faisaient appel à l'expérimentation continuée pendant plusieurs années, et attendaient, avant de conclure définitivement, les résultats d'observations prolongées.

Or, plusieurs années se sont écoulées depuis cette époque; l'enivrement des premiers jours n'existe plus. Les faits sont nombreux, et on peut, par conséquent, porter un jugement dont les considérants seront plus solidement motivés. Aussi, en mettant à l'ordre de ses séances de décembre et de janvier derniers cette question de clinique usuelle, la Société de clinique médicale de Londres (1) a provoqué un débat dont les conclusions auront une influence légitime sur l'avenir de la médication salicylique appliquée au traitement du rhumatisme (2).

Les questions de thérapeutique ne soulèvent pas habituellement des discussions d'une telle ampleur, et ne provoquent pas la production d'une telle abondance de documents cliniques.

(1) The treatment of rheumatism by the salicylate. *Med, Society of London*, 12 décembre 1881.

(2) The salicylate compounds in rheumatism. *The Lancet*, 4 février 1882, p. 190.

Mais ici ce n'est pas seulement la médication salicylique qui a été étudiée avec soin, ce sont aussi les modifications imprimées au rhumatisme aigu et à ses divers symptômes par l'usage des salicylates; c'est enfin la nature même de l'affection rhumatismale que certains orateurs ont prétendu déterminer, si tant est qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de fixer la pathogénie d'une telle maladie.

Les éléments de cette discussion sont un ensemble considérable de faits cliniques recueillis dans les hôpitaux ou dans la pratique privée; peut-être même le nombre le plus considérable d'observations qu'on ait jamais groupées jusqu'à ce jour sur ce sujet. Ces statistiques s'élèvent à un total qu'on peut évaluer à environ 2,200 cas de rhumatisme aigu. En y ajoutant 1,748 cas signalés par le docteur Gilbert Smith (1) et 1,727 empruntés aux docteurs Latham, Barklay, Garrod, Fuller, Sutton, Peacok, on voit que ce nombre n'a pas été inférieur à 5,675. Dans ce groupement figurent des séries de cas, dans lesquels on a fait usage des médications classiques, et même dans lesquels l'expectation seule a été employée.

Ainsi donc, quelle que soit la légitimité des objections qu'on a l'habitude de faire à la statistique, en tant que méthode d'observations cliniques, on doit cependant reconnaître qu'elle n'est pas surtout sans valeur, toujours quand le nombre des faits est aussi considérable, que ces faits ont été recueillis à des époques différentes, et que les observations sont celles d'éminents et nombreux praticiens. Les résultats de ce débat ont donc une valeur incontestable; et, pour les combattre, il faudrait pouvoir leur opposer des faits non moins nombreux et aussi bien observés.

Un premier point qui paraît acquis est l'influence favorable des salicylates sur la fièvre, les douleurs articulaires et l'hyperthermfe. Mais les conclusions sont moins nettes relativement à l'influence des salicylates sur les complications cardiaques, et à leur efficacité pour prévenir les rechutes ou modifier l'état rhumatismal.

1° *Influence sur la fièvre et les douleurs articulaires.* — Tous les observateurs sont d'accord pour constater la *chute rapide de la fièvre* et la résolution des douleurs articulaires par l'emploi des salicylates à doses suffisantes et répétées quotidiennement. La durée moyenne de la fièvre variait de trois jours et demi à sept jours chez le plus grand nombre de malades soumis à cette médication, tandis que chez ceux qui ne furent pas traités par ces agents médicamenteux, elle durait de huit à quatorze jours. Les salicylates auraient donc des propriétés antipyrétiques et abrègeraient la durée de la fièvre rhumatismale.

L'*hyperthermie* est diminuée par ces mêmes médicaments. La température moyenne obtenue durant le traitement a été le plus souvent de 101° à 102° (Farenheit), et, quand elle persistait après la résolution de la douleur, le malade était menacé d'une endocardite. La chute très brusque de la température serait encore, d'après le docteur Broadbent (2), une cause de l'affaiblissement des mouvements cardiaques qu'on observe par l'administration d'une haute dose de ce médicament.

Le docteur Sydney Coupland (3) a fait remarquer que chaque fois que la température restait inférieure à 103° Farenheit; la durée de la pyrexie était en rapport direct avec le maximum de la température. Au reste, le retour à la moyenne normale et la chute définitive de la température, excepté toutefois dans les cas exceptionnels, a lieu généralement vers le cinquième jour, c'est-à-dire en même temps que la cessation des autres phénomènes fébriles. Les modifications de l'hyperthermie par l'action des salicylates sont donc manifestes et quelquefois même très rapides. Le docteur Havilland Hall (4) déclare que, dans un cas, par exemple, la chute de la température de 108°7 Farenheit à 103°6 Farenheit, puis à 100°6, se produisit dans l'espace de trois heures pendant l'administration du médicament.

Les *douleurs articulaires* ont une durée moyenne de neuf à dix jours, quand on fait usage des méthodes classiques de traitement. Cette durée est abrégée par l'emploi des salicylates; elle n'excède pas huit jours, et même, d'après le docteur Sydney Coupland et le docteur Donald Hood (5), elle serait seulement de sept jours, à dater de l'admission du malade à l'hôpital e de six jours après le début du traitement.

(1) Cardiac complications in acute rheumatism prior to and subsequent to the introduction of the salicin compounds, par le Dr Gilbert Smith. *The Lancet*, 23 janvier 1882.

(2) Broadbent. The salicylates treatment of acute rheumatism. *The Lancet*, 28 janvier 1882, p. 138.

(3) Sydney Coupland. Salicylates of soda in acute and sub acute rheumatism. *The Lancet*, 7 janvier 1882.

(4) Havilland Hall. The salicylate treatment of acute rheumatism. *The Lancet*, décembre 1881.

(5) Donald Hood. Statistics in connexion with the treatment of acute rheumatism by the salicylates being in analysis of 1,200 cases at Guy's Hospital. *The Lancet*, 31 décembre 1881, p. 1110.

2° *Influence sur la durée totale de la maladie.* — Sous l'influence des autres traitements, le séjour au lit était de vingt-trois jours environ, tandis que, par l'emploi des salicylates, il ne serait que de dix-neuf jours, c'est-à-dire que la durée de la maladie serait abrégée de quatre jours. Mais pour les docteurs F. Warner (1), Douglas Powell (2) et Broadbend, l'évolution régulière de la maladie serait de trente-six jours en moyenne et l'abréviation ne serait que de trente-six heures seulement. Dans ce cas, les salicylates pourraient être des médicaments antipyrétiques et antithermiques actifs, mais ne seraient alors que de médiocres agents antirhumatismaux.

Il est vrai qu'avant de conclure définitivement, relativement à la durée de la maladie, il faudrait, comme le fait remarquer le docteur Fagge (3), déterminer préalablement la durée moyenne des cas de rhumatisme abandonnés à leur évolution normale ou traités par l'expectation. Mais l'expectation, qui peut bien réussir pendant quelques jours, devient impossible après un certain temps. Il arrive, en effet, un moment où les malades perdent patience et exigent du médecin une intervention active. De là, sans doute, les différences de durée entre les chiffres donnés plus haut et ceux des statistiques des docteurs W. Gull et Sutton, pour lesquels la maladie a une durée moyenne de vingt-sept jours, dans des cas traités par l'expectation.

Enfin, les autres méthodes n'abrègent-elles pas la durée de la manifestation rhumatismale dans une proportion non moins grande que les composés salicyliques? Dans les cas cités par le docteur Ress (4), on constate que la résolution de la fièvre, de l'hyperthermie et de la douleur, et que la guérison s'était complétée vers le quatorzième jour chez des malades dont le traitement consistait seulement dans l'emploi des boissons acides. Dans les observations du Dr Garrod (5), qui employait le carbonate de potasse, les accidents rhumatismaux disparurent vers le cinquième jour chez 18 malades, et du cinquième au neuvième chez 27 autres. De ces résultats on peut rapprocher les statistiques de Guy's Hôpital des années 1876 à 1880. La résolution de la fièvre, de l'hyperthermie et de la douleur se manifestaient vers le cinquième jour qui suivait le début du traitement, de sorte que les différences entre les résultats obtenus par l'emploi des salicylates et des autres traitements sont peu marquées. Les salicylates abrègent donc faiblement la durée du séjour à l'hôpital, et, si des malades éprouvent l'allègement des douleurs et la diminution de la fièvre, ils n'en sont pas moins débilités par l'action de ce médicament. Il est vrai que cet affaiblissement, contrairement à l'opinion de quelques-uns des adversaires déclarés des salicylates, pourrait, dans une certaine mesure et avec équité, être attribué à la maladie elle-même et non à la médication.

3° *Influence sur les rechutes.* — La fréquence des rechutes est plus difficile à apprécier. Dans certaines statistiques hospitalières, on a mentionné comme nouveaux des faits qui n'étaient que des rechutes de cas signalés auparavant. A l'appui de cette remarque, le docteur Douglas Powel cite l'exemple suivant : sur 32 cas signalés, en 1881, à l'hôpital de Middlesex, 15 seulement étaient des attaques primitives et 17 n'étaient que des rechutes chez des malades atteints quelque temps auparavant. Une autre cause d'erreur est celle que signale le docteur Fowler (6), pour lequel les rechutes seraient plus nombreuses dans les statistiques hospitalières, à cause de l'insuffisance de température des locaux dans lesquels séjournent les convalescents. Enfin, pour apprécier exactement la proportion des cas de rechutes, il faudrait auparavant donner la définition du mot rechute et savoir s'il s'applique seulement à un retour isolé de la fièvre, de la douleur ou de l'hyperthermie, ou bien à l'ensemble des symptômes qui constituent une attaque.

Deux causes amènent un retour offensif de la maladie : l'une qui résulte de ce fait que les silicylates suspendent bien les accidents pyrétiques ou douloureux, mais n'agissent pas sur l'état rhumatismal; l'autre qui dépend de la cessation souvent trop rapide du médicament et de l'inobservation d'un régime régulier.

En tenant compte de ces réserves, on remarque, d'après les statistiques produites devant la

(1) Francis Warner. Analysis of statistics illustrating the action of salicin compounds in the treatment of acute rheumatism. *The Lancet*, 28 décembre 1881, p. 1081.

(2) Douglas Powel. Salicylates treatment of acute rheumatism. *The Lancet*, 28 janvier 1882, p. 134.

(3) Hilton Fagge. Remarks on the use of the salicylates in acute rheumatism. *The Lancet*, 17 décembre 1881.

(4) Ress. *Guy's Hospital reports*, vol. XII.

(5) Garrod. *Med. chirurg. Transactions*, t. XXXVIII.

(6) Fowler. On the treatment of acute rheumatism with salicylic acid. *The Lancet*, 31 décembre 1881, p. 1020.

Société clinique de Londres (1), que les rechutes étaient de quinze pour cent malades en moyenne. Or, dans ce nombre, on peut évaluer à quatre sur quinze ceux des cas dans lesquels les rechutes furent doubles. On peut alors se demander si la durée totale de la maladie est réellement abrégée par la médication salicylique. Or, le séjour des malades à l'hôpital était en général de trente-deux jours et demi pour les hommes et de trente jours pour les femmes. Il est toutefois des cas assez nombreux dans lesquels la maladie durait de cinquante à soixante-neuf jours.

4° *Influence sur le développement et la marche des complications cardiaques.* — Le docteur Fagge a réuni un nombre considérable de cas de rhumatisme compliqués de lésions cardiaques primitives ou consécutives. Sur une série de 500 rhumatisants, 273 furent atteints de léşions cardiaques, bien que n'ayant été soumis à aucun traitement. Dans une seconde série, renfermant 350 malades, traités par des médications diverses, 227 furent atteints d'endocardites. Enfin, dans un troisième groupe de 350 malades soumis à la médication par les salicylates, 241 malades présentèrent des accidents cardiaques. Les différences sont donc peu marquées, et, en tout cas, elles ne constitueraient pas un grand avantage pour un médicament qu'on a préconisé presque comme un spécifique contre le rhumatisme aigu.

Il est vrai que les statistiques hospitalières ont, à ce point de vue, une faible valeur, parce qu'elles ne sont pas complètes. En effet, comme l'a montré le docteur Douglas Powel, 19 fois dans 22 cas, les lésions cardiaques étaient primitives. Trois fois seulement, elles se manifestèrent dans le cours du traitement, et trois fois elles étaient des complications d'affections cardiaqucs préexistantes.

Mais les médecins qui ont pris part aux discussions de la Société de clinique médicale de Londres sont loin d'être tous d'accord sur l'innocuité de l'emploi des salycilates dans la pathogénie des lésions cardiaques. C'est ainsi que le docteur Havilland Hall a vu dans une série de 29 malades, dont cinq seulement ne faisaient pas usage de ces médicaments, les lésions cardiaques débuter dix-neuf fois pendant le cours du traitement. D'un autre côté, le docteur Broadbent, examinant les observations de 1,727 malades, traités à l'hôpital avant l'introduction dans la thérapeutique de la médication salicylique, a compé 949 cas d'affections cardiaques, c'est-à-dire 54 pour 100. Dans une autre série de 1,748 rhumatisants, traités depuis que le traitement par les salicylates est devenu usuel, 1,109 malades, c'est-à-dire 64 pour 100 étaient atteints de lésions cardiaques. De plus, on sait, par les statistiques de Barclay, qu'avant l'usage des salicylates, le nombre de cas d'affections cardiaques était de 41,8 pour cent, consécutivement à la première attaque, et de 35,8 pour 100 après les autres. Or, dans la statistique du docteur Broadbent, le nombre de cas de lésions cardiaques, après une première attaque traitée par les salicylates, s'élève à 60,5 pour cent, de sorte que la fréquence des lésions cardiaques rhumatismales consécutives serait plus grande depuis l'introduction des silicylates dans la thérapeutique.

En présence de ces contradictions, il est préférable d'attendre de nouveaux faits, avant de se prononcer. Néanmoins, dès maintenant, il est manifeste que les salicylates ne diminuent pas la fréquence des lésions cardiaques, bien qu'ils provoquent la chute de la fièvre et de l'hyperthermie; les lésions cardiaques sont donc le produit d'un autre facteur rebelle à l'action de ces agents thérapeutiques.

(*A suivre.*) Ch. Eloy.

(1) The treatment of rheumatism by the salicylates. Séance du 12 décembre 1881 de la Société clinique médicale de Londres.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de thérapeutique appliquée, basé sur les indications, par M. le docteur Fonssagrives, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Montpellier. Deuxième tirage, 1882. Paris, Delahaye; Montpellier, Bralet.

L'ouvrage de M. Fonssagrives est de ceux dont l'éloge n'est plus à faire. Dès l'apparition de la première édition, en 1878, il a été justement apprécié à sa haute valeur. Mais cet inventaire de tous agents médicamenteux de la thérapeutique moderne avait déjà cessé d'être complète et une étude critique des récentes acquisitions de la science était donc nécessaire. Un deuxième tirage a permis d'ajouter ces additions devenues indispensables.

Ecrit, comme on le sait, au point de vue pratique, il est le résumé d'une longue et laborieuse carrière consacrée à la médecine clinique. Nous n'avons pas à entrer dans une ana-

lyse détaillée de ce livre, dont les principes, le but et les divers chapitres ont, dès l'origine, été appréciés dans ces colonnes. Les objections qu'on élevait alors subsistent encore aujourd'hui à côté des grandes qualités qui ont fait la fortune de cet ouvrage. Le temps n'a donc pas amoindri la valeur de ce compendium de la thérapeutique; elle est même devenue plus grande en quelque sorte par la sanction du succès.

Parmi ces additions, nous signalerons celles qui sont relatives à l'emploi des *affusions froides*, aux *injections hypodermiques* d'*éther*, d'*ergotine* et de *chloroforme*, à la *morphiomanie*, au *chloralisme*, au *citrate de caféine*, médicament cardiaque et diurétique encore à l'étude et appelé à jouer un rôle important dans la thérapeutique du cœur; au *lavage de l'estomac*, à *divers cholagogues*, *diurétiques* et *mydriatiques*, à la *pilocarpine*, etc., etc.

Relativement à la *métallothérapie*, nous regrettons que le savant professeur de Montpellier n'ait pas fait mention d'un travail de M. Henri Petit, travail auquel nous avons eu l'occasion de rendre justice à cette même place dans l'UNION MÉDICALE, et qui est l'un des plus complets parmi les mémoires sur la métallothérapie. C'est à cette source que les neuropathologistes trouvent de nombreuses indications bibliographiques relatives à cette médication dont la valeur est loin d'être établie définitivement. M. Fonssagrives, qui dans la précédente édition était très réservé à cet égard, fait aujourd'hui une sorte d'amende honorable; mais il remarque avec une sage prudence « que si la métallothérapie n'est pas une doctrine... elle est au moins une ressource thérapeutique. »

En retour, l'auteur rend justice au mémoire publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, par M. Petit, sur le *morphinisme*. A propos de la morphine et de l'opium, nous regrettons de ne pas trouver une appréciation du savant professeur de Montpellier sur l'*action eupnéique* de la morphine, étudiée par M. Huchard dans les colonnes de l'UNION MÉDICALE il y a trois ou quatre ans. Le paragraphe, qui traite des *lavements alimentaires* comble aussi une lacune, ainsi que celui relatif à l'*aconitine* et au gelsemium dans les névralgies.

Par les nombreuses additions dont nous venons de signaler seulement quelques-unes, cet ouvrage reste donc un monument de thérapeutique clinique. M. Fonssagrives a promis depuis longtemps à ses lecteurs un traité de *physiologie médicamenteuse*. C'est avec une légitime impatience qu'il est attendu et avec une véritable satisfaction qu'il sera lu de tous les médecins. Cette œuvre nouvelle serait bien digne de la plume élégante et féconde de l'éminent professeur de Montpellier. — Ch. ELOY.

Association française pour l'avancement des sciences

XIe Session. — Congrès de La Rochelle.

La Rochelle, 28 août 1882.

Il est bien rare que chaque année il n'y ait pas une communication à la section des sciences médicales sur l'étiologie du goître. Dans la séance du samedi 26 août, M. Carret, de Chambéry, a donc pris la parole sur ce sujet. La partie originale de son discours est que le goître ne se manifeste que suivant une ligne isotherme d'une certaine altitude. Ainsi, en Savoie cette ligne passe à 1,000 ou 1,100 mètres sur les versants Nord et à 400 ou 500 mètres sur le versant Sud. La cause première du goître serait, d'après M. Carret, un microbe qui vit dans le sol, se retrouve dans l'eau de l'alimention, et n'est à craindre qu'à certaines époques de l'année. Quant à la nature histologique du susdit microbe, elle est encore à trouver. C'est pourquoi M. P. Landowski, quoique porté à admettre cette donnée étiologique, fait des réserves jusqu'au jour où le microbe aura subi les épreuves expérimentales qu'on fait subir en ce moment à ses pareils dans le laboratoire de M. Pasteur.

M. Boulouk-Bachi attribue un rôle important à l'eau dans l'apparition du goître en Algérie, et cite à ce propos une épidémie du goître survenue à Blidah. M. Decès a cité un fait fort intéressant observé à Reims. Autrefois l'eau potable provenait de puits creusés dans la craie, et le goître était très fréquent; à partir du siècle dernier on commença à boire l'eau de la rivière et le goître diminua; depuis 1846, toute la ville est alimentée par des fontaines publiques qui tirent l'eau de la rivière et depuis lors le goître a presque entièrement disparu.

M. Dagrève signale une espèce de tumeur du cou fréquente chez les instituteurs et les chanteurs, dont l'aspect rappelle celui du goître, et qui cède à l'emploi de préparations ferrugineuses. Il serait porté à leur attribuer une origine anémique, en vertu de l'adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*.

La prophylaxie de la phthisie pulmonaire a été traitée par M. Edward Landowski en s'appuyant sur la double étiologie reconnue actuellement à la tuberculose, la contagion et l'inoculation. Il signale la différence qui existe au point de vue du pronostic et de l'action théra-

peutique entre les tuberculeux et les phthisiques, et insiste sur l'utilité qu'il y a à rechercher les phénomènes initiaux récemment étudiés par M. Grancher. La thérapeutique doit avoir pour base le diagnostic de la *période de germination*, indiquée d'après M. Grancher par les anomalies de la respiration ; c'est alors qu'il faut prescrire les mesures prophylactiques de la contagion, l'isolement du malade en première ligne.

M. de Musgrave-Clay insiste aussi sur l'importance que prend la notion de la contagiosité de la phthisie dans la prophylaxie de cette affection. Malheureusement l'isolement des malades est une condition très difficile à remplir.

Une des plus intéressantes communications du Congrès a été certainement celle M. Henri Henrot sur un cas de myxœdème. Un homme atteint de cette affection étant mort à l'hôpital de Reims, M. Henrot en fit l'autopsie avec beaucoup de soin et constata des lésions profondes et très étendues du système nerveux ; hypertrophie du corps pituitaire, de la glande pinéale et du grand sympathique, portant aussi bien sur les ganglions que sur les filets qui étaient énormes ; la moelle présentait des espèces d'écailles développées dans la pie-mère. Comme lésions des autres organes, on trouva des exostoses très nombreuses, une hypertrophie du foie et des reins, une hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux et dermique, et par contre une atrophie du cœur et de tout le système musculaire, et un rétrécissement presque de moitié de tous les vaisseaux sanguins. Des dessins très bien faits et des pièces anatomiques donnaient une idée exacte de ces désordres. Pendant la vie il n'y avait pas de troubles viscéraux, mais une parésie de la sensibilité générale et spéciale.

Chez un malade observé par M. Giraudeau dans le service de Charcot, il existait des troubles pulmonaires, nuls au repos, mais rapidement provoqués par les mouvements.

L'hypertrophie des organes, des nerfs, du derme, des muqueuses et des os était due à une infiltration d'éléments cellulaires dans les interstices de leurs cellules propres ; l'atrophie musculaire paraît due à la destruction par compression du tissu musculaire par le tissu conjonctif.

Comparant l'état du grand sympathique avec celui des autres organes, M. Henrot se demande si l'altération de ceux-ci n'aurait pas pour cause celle du système nerveux végétatif. Dans ce cas, l'hypertrophie du corps pituitaire et de la glande pinéale serait en relation avec celle du grand sympathique ; ces deux organes seraient le point de réunion des deux nerfs par en haut, comme la glande coccygienne est leur point de réunion inférieur, d'après Tiedmann. M. Fr. Franck a du reste rappelé que Bazin, en 1841, avait signalé, chez l'aigle, l'existence de filets anastomotiques entre la glande pituitaire et le plexus caverneux. Si on se rappelle en outre qu'Owen fait de la glande pituitaire un organe embryonnaire très développé chez les poissons qui ont beaucoup de tissu mucoïde, on admettra facilement, avec M. Henrot, que l'hypertrophie de l'un régit le développement exagéré de l'autre. Notre confrère conclut du fait qu'il a si bien observé que la maladie décrite sous le nom de myxœdème ou cachexie pachydermique paraît essentiellement constituée par un retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux et interstitiel général, sous l'influence de l'hypertrophie des centres végétatifs et particulièrement des ganglions du grand sympathique et des glandes vasculaires sanguines qui y sont annexées, comme le corps pituitaire et la glande pinéale.

La parole m'ayant été donnée, je me suis efforcé de démontrer que la variole hémorrhagique était souvent le résultat d'affections antérieures, ayant existé chez les sujets atteints plus ou moins longtemps avant l'invasion de la variole. Je n'en dirai pas davantage ici, me proposant de demander à notre excellent rédacteur en chef de vouloir bien insérer mon travail *in extenso* dans notre journal, et je passe à la discussion qu'il a soulevée.

Celle-ci, comme dans bien des cas, s'est un peu égarée ; MM. Armaignac, Rochard, P. Landowski, ont parlé de la gravité de la variole chez les peuplades plus ou moins sauvages des Pampas, de l'Asie, de l'Afrique ; pour eux le défaut de vaccination serait cause de cette gravité. Je retiens cependant à mon actif le fait rapporté par M. Armaignac, à savoir que les indiens des Pampas sont généralement gras et obèses, ce qui semblerait indiquer que leurs viscères sont atteints de la même dégénérescence graisseuse que celle qui a été constatée chez les Esquimaux, et à laquelle M. Landrieux a attribué avec raison selon nous, la variole hémorrhagique qui les a emportés.

Comme l'a fait remarquer M. Verneuil, la question que je voulais étudier était beaucoup plus restreinte et tout autre d'ailleurs ; je me bornais à dire que la variole hémorrhagique survenant chez des sujets vaccinés, avait pour cause des lésions viscérales préexistantes. Dans les maladies infectieuses, revêtant une forme maligne, il faut distinguer deux choses : l'intensité du poison et la résistance de l'opéré. Or, si le poison est le même et que tous ne soient pas atteints, c'est qu'il y a une différence de réceptivité chez les sujets, différence due à l'état de leur constitution. Quand on voit de l'œdème survenir chez un sujet, on en conclut qu'il existe une affection du cœur, du foie, de la rate ou du rein ; de même, quand on voit survenir une

variole hémorrhagique, on est autorisé à supposer qu'il existe dans la constitution une cause prédisposante aux hémorrhagies.

Les idées de M. Verneuil, que j'avais défendues dans mon travail, ont été complètement adoptées par M. Leudet. Notre éminent collègue de Rouen examine la question aux points de vue du poison, du milieu et du sujet. La vaccination antérieure et l'influence épidémique ne lui paraissent pas jouer un rôle important; depuis 1845, il n'a pas remarqué de différence dans l'apparition des cas hémorrhagiques, qu'il y eut épidémie ou non. Le milieu et l'état du sujet lui paraissent les conditions essentielles; quand la variole apparaît dans un milieu où existent les mêmes mauvaises conditions hygiéniques, si la forme hémorrhagique se manifeste chez l'un, elle se répand parfois à tous les autres. De même l'état constitutionnel antérieur du sujet influe beaucoup sur cette forme, ainsi que l'ont démontré deux observations publiées récemment dans les *Archives gén. de médecine* par M. Leudet.

Incidemment, M. Ed. Landowski avait signalé l'extrême résistance des Arabes à se laisser vacciner, par crainte que la vaccine ne fût un moyen de les reconnaître en cas d'insurrection. M. Voisin répondit qu'il n'y avait pas besoin d'aller chez les sauvages pour trouver des réfractaires. En 1870, les paysans des environs de Paris firent les plus grandes difficultés pour se laisser vacciner, tellement les préjugés contraires à cette préservation de la variole étaient encore enracinés chez eux.

M. Duplouy (de Rochefort) présenta dans cette séance un homme atteint d'une tumeur du sein, datant de six mois, du volume du poing, d'un diagnostic difficile et qu'une ponction exploratrice démontra être un abcès.

Le service de secours aux noyés, à Paris, a été depuis une dizaine d'années l'objet d'importantes améliorations, dues en grande partie à l'initiative de M. Aug. Voisin, qui est venu en exposer les résultats au Congrès, ainsi que les procédés mis en usage. La méthode de Sylvester appliquée rigoureusement, l'emploi d'appareils caléfacteurs permettant de réchauffer progressivement les noyés, un personnel dévoué et instruit, tels sont les éléments qui ont donné à M. Voisin des résultats inconnus jusqu'alors. Ainsi, on a pu rappeler à la vie tous les individus submergés depuis quelques secondes jusqu'à cinq minutes; avec les anciens procédés, trois minutes étaient la limite extrême; la limite de cinq minutes est même assez souvent dépassée, et dans un cas même on a pu sauver un sujet qui était resté sous l'eau pendant vingt minutes.

Une autre des idées favorites de M. Verneuil, celle de l'inutilité des résections pathologiques, a encore été défendue dans cette séance, avec beaucoup de clarté, par notre ami M. Nepveu, qui a pris comme exemple la résection du poignet. Sans doute la mort est rare, comme terminaison immédiate, mais la guérison, c'est-à-dire la survie longue avec rétablissement des mouvements du poignet, est tout aussi rare. Ainsi, sur 60 cas réunis par M. Nepveu, depuis la thèse de Folet, époque à laquelle on a commencé à employer les pansements antiseptiques, nous trouvons seulement 3 cas de mort, un de pyohémie, un de pleurésie et 1 de méningite. Mais les résultats sont loin d'être satisfaisants. Dans 6 cas, il fallut amputer l'avant-bras; dans 8 cas, le résultat fonctionnel est donné comme mauvais; dans 13 comme médiocre; dans 15 comme bon; dans les autres cas il n'est pas indiqué. Mais les malades donnés comme guéris n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer à leur égard. Deux petites statistiques intégrales sont fort instructives à ce point de vue. C'est d'abord celle de Billroth qui compte 6 cas; 5 opérés en bon état d'abord moururent de phthisie pulmonaire; celle de M. Verneuil, qui compte également 6 cas, comprend aussi 5 morts de phthisie, et le sixième opéré est encore en bon état actuellement.

En présence de pareils résultats, MM. Verneuil et Nepveu se demandent s'il ne vaudrait pas mieux renoncer aux résections pathologiques et amputer d'emblée ou ne rien faire d'actif suivant les cas.

M. Ollier (de Lyon) ayant annoncé l'intention de faire une communication sur le même sujet, M. Verneuil demanda que la discussion fut renvoyée à une autre séance. Pour ne pas couper le sujet en deux, nous allons rapporter maintenant cette discussion, qui fut très importante, et préciser mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors les indications des résections pathologiques.

Il y a cinq ans, M. Ollier avait les mêmes opinions que M. Nepveu, mais il pense différemment aujourd'hui. Depuis l'emploi de la méthode antiseptique, les indications de la résection du poignet, comme de toutes les autres résections, ont diminué pour les cas traumatiques, mais celles des résections pathologiques ont augmenté. Sauf deux cas, où la mort est survenue par suite de complications opératoires chez des sujets épuisés, M. Ollier a toujours obtenu de bons résultats, et le rétablissement fonctionnel a été tel que la plupart de ses opérés portent 10 ou 15 kilogrammes à bras tendu au bout de 1 an à 18 mois. Mais il faut tenir grand compte de l'âge. Chez les enfants, M. Ollier ne résèque jamais avant 12 ans, ni chez les adultes après 40 ans; passé cet âge, les résultats ont toujours été mauvais. Avant 12 ans, il emploie les cau-

térisations répétées, intra-osseuses et intra-articulaires, puis applique le pansement de Lister; de 12 à 40 ans, il opère le plus souvent, et opérerait plus souvent et plus tôt maintenant qu'autrefois. Il croit que la résection chez les tuberculeux peut rendre des services en supprimant des foyers de suppuration, des fistules interminables, des fongosités, etc.

M. Verneuil constate avec plaisir que M. Ollier a rétréci déjà considérablement le champ des résections articulaires, et pense qu'on doit encore le rétrécir davantage. Il faut d'abord supprimer les résections traumatiques; pour les résections anaplastiques ou orthomorphiques, il n'est pas disposé à en faire surtout dans les cas d'ankylose, où elles sont loin de donner de bons résultats; enfin dans les cas pathologiques, il faut faire deux catégories : celle des sujets sains, non diathésiques, atteints d'arthrites consécutives à un traumatisme articulaire, et celle des scrofuleux. Dans le premier cas, la résection donne de bons résultats et c'est même dans ce seul cas qu'on devrait y avoir recours; dans le second, la résection n'est qu'un expédient.

En somme, M. Verneuil et M. Ollier sont bien prêts de s'entendre; le seul point qui les divise est la résection chez les scrofuleux de 12 à 40 ans. Il est probable que si on retirait des statistiques anglaises et allemandes, si fécondes en résections et en mauvais résultats, tous les faits qui rentrent dans la catégorie des contre-indications formulées par MM. Verneuil et Ollier, il en resterait bien peu que l'on puisse discuter.

Un dernier point à examiner est le suivant. On a dit que, dans certains cas, la tuberculose articulaire restait isolée pendant plus ou moins longtemps et qu'elle ne se généralisait qu'ensuite; dans ces cas, l'intervention chirurgicale aurait pour résultat de retarder ou même d'arrêter la marche de la tuberculose. Dans d'autres cas, au contraire, l'arthrite survient secondairement à la tuberculose, et l'opération est moins indiquée. M. Verneuil pense que les résultats ne valent guère mieux dans un cas que dans l'autre : les opérés finissent toujours par mourir de phthisie au bout d'un an ou deux, rarement plus tard ; les opérés de Billroth et les siens l'ont bien prouvé. La résection chez les phthisiques est une opération palliative et il faut considérer les guérisons définitives comme extraordinairement rares. En résumé, il ne faut pas se faire illusion sur les résultats des résections; il faut augmenter encore le nombre des contre-indications admises; enfin, avant de réséquer, il faut faire tout ce qui est possible, et M. Verneuil recommande en particulier l'immobilisation dans un appareil ouaté.

Reprenons maintenant la séance de samedi soir. Nous avons encore à signaler un cas de gangrène spontanée du pied, guérie par la cautérisation au thermo-cautère et le pansement de Lister, et dont l'histoire nous a été racontée avec détails par M. le docteur Lecler (de Rouillac), et un cas analogue rapporté par MM. Henrot et Decès (de Reims). M. Verneuil, qui a été appelé à donner son avis dans ces deux cas, se félicite des succès qui ont été obtenus aux prix de sacrifices relativement peu importants. Lorsqu'on est en présence de la gangrène spontanée, on est en général très embarrassé sur le diagnostic étiologique et sur le traitement à employer. Voici deux cas analogues, traités de la même façon, avec le même succès. Peut-être ce traitement de la gangrène spontanée permettra-t-il d'arriver à la guérison avec moins de sacrifices que d'habitude.

Une communication de M. Prompt sur l'expérience de Scheiner dans ses rapports avec la théorie de l'accommodation donna lieu à une discussion intéressente à laquelle prirent part MM. Armaignac, Dransart, Gayet et Boucheron ; mais le sujet est un peu trop spécial pour que nous puissions y insister ici.

Le traitement de la méningite chez les enfants, d'après M. Vovard (de Bordeaux), amènerait presque toujours la guérison en employant la méthode suivante : iodure de potassium à l'intérieur, application, sur le cuir chevelu, d'huile de croton et d'une pommade épispastique. Malheureusement le diagnostic de la méningite est souvent obscur, et tel croit avoir guéri une méningite qui n'a traité qu'une affection qui y ressemble, comme dans des cas cités au cours de la discussion par MM. Le Clerc, Duplouy, de Musgrave-Clay et Leudet. M. Vovart a voulu établir aussi entre la méningite scrofuleuse et la méningite tuberculeuse une distinction qui lui a valu de la part de M. Giraudeau une demande d'explication qui est restée sans réponse satisfaisante.

Après la communication par M. Rigabert, de deux cas de pullulation vaccinale généralisée, lecture a été donnée d'un mémoire de M. Monod sur le traitement des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales. Le procédé préconisé par M. Monod est celui dont il a été question dernièrement à la Société de chirurgie, savoir : incision de toute la cloison suivie de périnéorrhaphie. Nous n'insisterons pas sur sa description, et nous nous contenterons d'ajouter que M. Monod a obtenu de nouveaux succès grâce à son emploi.

Signalons encore une communication de M. Duplouy sur les injections interstitielles d'acide acétique dans les épithéliomas. M. Duplouy ne se contente pas de faire des injections dans la

tumeur, il les étend à ce qu'il propose d'appeler la zone génératrice du cancer, et conseille de cerner cette zone par une série d'injections pratiquées autour de sa périphérie.

L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Addition à la séance du 24 mars 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

M. VIDAL fait une communication sur l'anatomie pathologique de la DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE. Il montre des préparations histologiques provenant d'une femme de 62 ans, atteinte depuis quatre mois de cette affection rare sur laquelle il a déjà appelé l'attention de la Société, en présentant un malade en voie de guérison (séance du 22 octobre 1874), v. *Bulletin*, p. 256). Ces préparations ont été dessinées dernièrement par M. Brocq, interne distingué des hôpitaux.

Les altérations de la peau constatées par M. Vidal se rapprochent beaucoup de celles qui ont été observées et décrites par Buchanan Baxter (on general dermatitis exfoliativa, 19 et 26 juillet 1879, *British medical Journal*). Ces lésions intéressent l'épiderme et le derme.

1° *Lésions de l'épiderme.* — La couche des cellules cylindriques, normale sur plusieurs prolongements interpapillaires, n'est plus distincte sur plusieurs autres à cause de l'infiltration considérable de la couche sous-épidermique du derme, par de très nombreux leucocytes.

Les cellules de la couche polyédrique sont moins nombreuses qu'à l'état normal. Au-dessus des papilles elles s'aplatissent rapidement tout en conservant leurs noyaux et leurs nucléoles, et sans transition, en s'aplatissant de plus en plus, elles atteignent la couche cornée. *Le stratum granulosum* et le *stratum lucidum ne sont pas apparents* et semblent manquer complètement. Sans autre transition que l'aplatissement graduel des cellules, on passe de la couche profonde de l'épiderme, notablement épaissie, à la couche cornée.

La couche cornée a presque partout une épaisseur considérable, quoique très variable, à cause de sa desquamation rapide. Dans la couche la plus profonde, on voit encore quelques noyaux de cellules colorés par le carmin. En dissociant les squames, on constate que les cellules n'ont pas complètement perdu leur noyau, qui paraît pâle et atrophié.

2° *Lésions du derme.* — La partie superficielle du derme, la couche sous-papillaire presque uniformément colorée en rouge par le picro-carminate est infiltrée par une quantité considérable de leucocytes, forment des manchons et des traînées rouges autour des vaisseaux qui sont pour la plupart dilatés.

Au-dessous du réseau vasculaire sous-papillaire, on ne trouve plus l'infiltration en nappe des leucocytes. On ne les trouve plus qu'autour des vaisseaux. Le tissu conjonctif profond ne semble pas enflammé. Le tissu cellulaire sous-cutané est à l'état normal.

L'inflammation est donc presque exclusivement limitée à la couche papillaire, au département du réseau vasculaire superficiel. L'absence du stratum granulosum et du stratum lucidum, la conservation des noyaux des cellules de l'épiderme corné et des cellules des squames recueillies autour du malade sont des phénomènes caractéristiques de cette maladie et rendent compte, jusqu'à un certain point, de la production exagérée et si rapide de l'épiderme corné, qui s'exfolie au fur et à mesure qu'il commence à se former.

VARIÉTÉS

LE SERVICE DENTAIRE GRATUIT DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES.

Le 22 mai dernier, le Conseil municipal était saisi d'une pétition de la Chambre syndicale des dentistes, sollicitant l'organisation d'un service dentaire gratuit dans les Ecoles municipales. Personne, assurément, ne doute de l'utilité des conseils que les dentistes peuvent donner pour l'hygiène de la bouche, ni dans certains cas de l'opportunité de leur intervention. Mais, l'organisation d'un service dentaire indépendant de l'inspection médicale actuelle des établissements scolaires municipaux, comme le fait remarquer un de nos édiles, M. le docteur Level, n'a pas sa raison d'être.

L'inspecteur médical des Ecoles a pour but de veiller sur toutes les questions d'hygiène générale, d'éloigner les enfants malades, de prévenir la propagation des maladies contagieuses.

L'organisation des traitements, de quelque nature qu'ils soient, ne lui incombe pas. Les services dentaires gratuits seraient donc plus utilement placés en dehors des écoles. Il en est de même de l'hygiène de la vue. Sur ce point, on était dans le vrai, en faisant observer que « l'instruction appartient à l'école et la médecine à l'hôpital. »

Ce n'est pas à la commune de se substituer aux familles pour soigner les enfants malades et d'imposer les services de tel ou tel médecin. De dentiste en oculiste, d'oculiste en auriste, d'auriste en orthopédiste, les écoles deviendraient une sorte de succursale des cliniques gratuites urbaines ou hospitalières. Qu'on améliore le service actuel de l'inspection sanitaire scolaire, soit. Assurément, il est très perfectible; mais qu'on laisse donc aussi aux médecins inspecteurs une certaine initiative, et que tout au moins on prenne leur avis dans les questions d'hygiène de cette nature. Ce vœu désintéressé sera appuyé, nous n'en doutons pas, par les membres du conseil municipal. Ils ont déjà fait beaucoup dans cette voie, dans laquelle cependant il y a encore beaucoup à faire. — Ch. E.

COURRIER

Nécrologie. — Nous recevons une bien douloureuse nouvelle, celle de la mort de M. le docteur E. Woillez, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de la Charité. Ce distingué et sympathique confrère est mort le 2 septembre, à l'âge de 71 ans, dans son domicile, 43, rue de la Chaussée-d'Antin. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi, *à midi très précis*, en l'église de la Trinité.

Concours pour l'internat en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Évrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midi précis.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :

1° Un acte de naissance;
2° Un extrait du casier judiciaire;
3° Un certificat de vaccine;
4° Un certificat de bonne vie et mœurs;
5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie,

La durée des fonctions d'internes est de trois ans La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 francs pour les internes de l'asile Sainte-Anne, de 1,100 francs pour cenx de Ville-Évrard et de Vaucluse.

Honoris causa. — L'Université de Würtzburg vient de fêter son troisième centenaire; à cette occasion, elle a fait docteurs en médecine *honoris causa*, MM. Ranvier et Charcot, les chirurgiens Lister et Paget de Londres, et la faculté de philosophie a décerné le même honneur aux naturalistes Huxley et J. Lubbock, à M. le sénateur Waddington, au mathématicien Hermitte, à Bill, l'inventeur du téléphone et au prince de Hohenlohe, l'ambassadeur d'Allemagne à Paris.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'endémo-épidémie exodique qui sévit chaque année à cette époque dans les parages de la rue des Saints-Pères continue d'exercer ses ravages au sein de l'Académie de médecine. Les heureuses victimes de ce doux mal deviennent même de plus en plus nombreuses et l'on peut suivre, au nombre toujours croissant des stalles vides, les progrès incessants du fléau.

Il est trois heures un quart et la salle est encore à peu près vide; on cherche de tous côtés un Académicien de bonne volonté pour présider la séance, car M. le baron Larrey, lui-même ! a fui Paris à son tour, piqué par la tarentule de la villégiature. M. Bordet, l'excellent secrétaire des bureaux, toujours affable et correct, paraît consterné. Tout le monde se regarde d'un air inquiet et morne. Enfin, M. Henri Bouley apparaît et aussitôt il est acclamé président, et porté au fauteuil par les quatre ou cinq membres qui viennent d'arriver dans la salle.

M. le Président ouvre alors la séance, mais sans entrain, et l'on voit passer sur son front, à l'aspect de cette salle vide, comme un nuage de mélancolie insolite. L'horreur du vide semble paralyser en lui cette verve heureuse et facile, féconde en bons mots et en saillies spirituelles, qui ont jadis illustré les beaux jours de son règne présidentiel.

Seul l'infatigable M. Hervieux, qui remplace à la fois M. le secrétaire annuel et M. le secrétaire perpétuel absents, porte allègrement le poids de sa double tâche qui va sans doute être bientôt réduite de moitié, car nous voyons entrer dans la salle M. Bergeron, retour de l'Atlantique, plus frais et plus souriant que jamais, semblable à l'hirondelle annonçant le retour prochain des beaux jours académiques.

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la corespondance, M. le président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres les plus zélés et les plus éminents, M. Woillez, et prononce quelques mots bien sentis d'hommages et de regrets.

M. Woillez est mort, comme il avait vécu, sans bruit et clandestinement pour ainsi dire; tout le monde ignorait qu'il fût malade, et l'on a appris sa maladie avec sa mort; il a choisi, pour disparaître de la scène, le moment où ses collègues de l'Académie sont presque tous absents, qui aux eaux, qui aux bains de mer, qui en voyage, qui à la chasse, qui en villégiature. Il est parti pour le grand voyage, sans prendre congé, comme s'il voulait garder l'incognito. Mais la Providence, qui sans doute ne voulait pas le voir disparaître ainsi, lui ménageait, à sa sortie, une rencontre heureuse, celle de M. Henri Roger, qui s'est trouvé là juste à propos pour lui servir d'orateur funèbre.

Nul n'excelle, comme M. Henri Roger, à répandre des fleurs baignées de larmes discrètes sur la terre fraîchement remuée; à tracer d'une touche fine et délicate le portrait de ses collègues défunts, à faire connaître en quelques phrases bien pensées et bien dites, leur caractère, leur œuvre, leur cœur, leur esprit, leur talent, leur vie et leur mort. En entendant M. Henri Roger, on aurait presque envie d'être de l'Académie rien que pour avoir le plaisir d'être enterré, le plus tard possible, sous ses guirlandes et ses couronnes de fleurs. L'Académie, ou pour mieux dire ce qui

reste d'elle en ce moment, à fait le meilleur accueil à cette allocution funèbre dont nous sommes heureux d'offrir la primeur à nos lecteurs. Elle serait parfaite n'étaient, par-ci par là, quelques néologismes qui n'eussent peut-être pas trouvé grâce devant l'œil sévère de Littré et auxquels ce pur linguiste n'aurait pas sans doute offert l'hospitalité dans son Dictionnaire.

— Après la lecture du discours de M. Henri Roger, l'Académie a repris le cours de ses travaux habituels. Elle a entendu un consciencieux rapport de M. Constantin Paul, au nom de la commission des eaux minérales; puis une lecture, faite par M. Hervieux, au nom de M. Depaul absent, d'une note de M. Duboué (de Pau), membre correspondant, sur le traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté, médicament que l'auteur recommande de préférence à tous les autres modes de traitement de cette grave maladie.

L'Académie a ensuite entendu la lecture d'un mémoire original de M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, fait en collaboration avec M. Hamonic, interne des hôpitaux, mémoire contenant une étude de la bactéridie syphilitique et des expériences curieuses sur l'évolution syphilitique chez le porc. Nous publions *in extenso* ce travail, émanation des doctrines de M. Pasteur et qui n'est que le prélude de recherches ultérieures sur ce sujet nouveau. — A. T.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE

De l'hôpital de Lourcine.

DE LA BACTÉRIDIE SYPHILITIQUE. — DE L'ÉVOLUTION SYPHILITIQUE CHEZ LE PORC.

ÉTUDES ET EXPÉRIENCES

Par MM. L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine,
et Hamonic, interne des hôpitaux.

(Lecture faite à l'Institut (Académie des sciences), dans sa séance du 4, et à l'Académie de médecine, dans sa séance du 5 septembre 1882.)

Depuis les magnifiques travaux de M. Pasteur sur les microbes et les bactéridies des maladies virulentes des animaux, les médecins et les chirurgiens se sont appliqués à la recherche des bactéridies de toutes les maladies virulentes de l'homme. La syphilis, maladie constitutionnelle virulente, devait être, entre toutes, la préoccupation constante des expérimentateurs. Les syphiligraphes se mirent à l'œuvre. En Allemagne plusieurs médecins, parmi lesquels nous citerons Klebs et Aufrecht, se livrèrent à de nombreuses recherches; ils décrivirent la bactéridie syphilitique, qu'ils crurent avoir trouvée dans le sang ou dans la sérosité qui s'écoule des papules hypertrophiques syphilitiques après le sang qu'a donné leur incision. Ces auteurs eurent le tort de ne pas cultiver ces germes soi-disant syphilitiques et de ne pas constater leur action par l'inoculation aux animaux. Ils auraient ainsi reconnu leur erreur, qui leur fut démontrée du reste par de nouveaux expérimentateurs. En France, ces recherches sont poursuivies depuis longtemps. Jusqu'à ce jour, croyons-nous, elles sont restées sans résultat. Outre la difficulté que ces recherches présentent, nous croyons qu'il faut attribuer l'insuccès aux méthodes defectueuses mises en œuvre. Pendant plusieurs mois, nous avons recherché la bactéridie soit dans le sang, soit dans l'infiltrat syphilitique qui constitue le chancre infectant, les syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques, l'hypertrophie amygdalienne. Toutes nos recherches restèrent infructueuses. Nous résolûmes alors d'employer un aurte procédé qui, d'après les résultats donnés par l'expérimentation sur les animaux, nous permet d'affirmer l'existence de la bactéridie syphilitique.

Le mémoire que nous soumettons à l'appréciation de l'Académie, n'est que le prélude d'une série de recherches que nous faisons sur la bactéridie syphilitique et sur l'évolution de la syphilis chez les animaux. Aujourd'hui notre but est de faire connaître le procédé que nous avons employé pour découvrir la bactéridie syphilitique,

les caractères qu'elle présente, les résultats de son inoculation, ainsi que les particularités offertes par l'évolution de la syphilis chez le porc.

Le 29 avril 1882, nous avons enlevé un chancre infectant, syphilitique, induré, existant sur la petite lèvre gauche d'une malade couchée au n° 34 de la salle Saint-Louis à l'hôpital de Lourcine. Ce chancre est mis dans un vase clos, préalablement chauffé au rouge sombre. Nous préparons un bouillon concentré (Liébig), porté à l'ébullution pendant deux heures environ. Nous chauffons fortement un ballon, à col très allongé, préalablement porté au rouge sombre et refroidi. Nous y introduisons la valeur environ d'un verre à bordeaux, du bouillon en ébullition dont nous nous sommes assuré l'alcalinité. Nous bouchons le tube avec un tampon d'ouate et nous laissons refroidir. Dès que la température du liquide est de 30 degrés centigrades environ, nous y introduisons rapidement le chancre et nous scellons le tube à la ampe sans enlever le tampon d'ouate.

Le bouillon est couleur acajou foncé, mais clair et limpide. Le ballon est placé dans un bain-marie à la température moyenne de 30 degrés centigrades et variant entre 25 et 30°. Cette opération a lieu vers midi.

A trois heures, on distingue en suspension dans le liquide quelques flocons qui troublent sa transparence.

A six heures et demie, un petit dépôt grisâtre se forme au fond du vase.

Le 30 avril, vers dix heures du matin, nous ouvrons le tube, nous prenons quelques gouttes de liquide et nous scellons aussitôt à la lampe.

On examine au microscope une goutte de bouillon, et nous constatons la présence de nombreuses bactéridies offrant les caractères suivants :

Forme de bâtonnets, d'une longueur variable, mais ne dépassant pas le diamètre d'un globule sanguin, formés d'une matière claire au point et obscure si on élève très légèrement l'objectif; il n'y a trace de noyau, d'enveloppe ni de granulations.

Ces bactéridies sont groupées par deux (— —) suivant une ligne horizontale ou seules, ou bien elles sont accolées bout à bout et deux par deux (= =) ; mais entre les deux bactéridies accolées, il y a un très petit espace clair, de telle sorte que le contact n'existe pas à proprement parler. Dans d'autre parties du champ du microscope, deux bactéridies sont accolées de façon à former un angle plus ou moins ouvert, très rarement elles sont accolées trois par trois. Quelquefois deux bactéridies semblent n'en former qu'une.

Ces bactéridies offrent des mouvements divers. Le mouvement le plus fréquent consiste en mouvement autour d'un axe qui couperait l'animal en deux, à la façon d'une aiguille de boussole. Ces mouvements se font successivement à droite et à gauche, d'où une progression rapide de la bactéridie. Très souvent on voit la bactéridie pirouetter sur elle-même autour d'un axe transversal; elle plonge pour ainsi dire. Assez rarement elle tourne autour d'une de ses extrémités fixe, l'autre étant mobile. La bactéridie progresse indistinctement par les deux bouts. On peut aussi lui voir décrire des mouvements légers, ondulatoires, comme un serpent; mais ces mouvements sont rares et peu accusés. Il arrive parfois que deux bactéridies accolées se meuvent par leurs bouts opposés. Leur bout accolé étant fixe et représentant une sorte de charnière, les deux autres bouts se meuvent en sens inverse, mouvement qui représente assez bien le chiffre 2.

En même temps que ces bactéridies, on constate la présence de quelques bâtonnets beaucoup plus longs (jusqu'à quatre et cinq fois), très peu mobiles, la plupart même immobiles, rectilignes ou légèrement curvilignes. Enfin on trouve aussi quelques microbes, assez rares relativement, en forme de points excessivement petits, brillants et obscurs (si on lève l'objectif), agités de vifs mouvements de progression.

Une goutte de solution de violet de méthylamine donne une magnifique coloration des bactéridies qui continuent à se mouvoir, mais d'une façon moins rapide.

Le soir, vers dix heures, les bactéridies continuent à se mouvoir (les préparations ont été exactement scellées à la parafine). Les mouvements sont plus lents, surtout pour celles qui sont colorées.

Le 1er mai (neuf heures du matin), nous prenons quelques gouttes de bouillon que nous plaçons sous le champ du microscope. Nous extrayons de même le chancre du tube que nous plaçons dans l'alcool parfaitement pur à 90°. Le tube est scellé à nouveau comme hier. Le liquide est trouble et fortement floconneux ; il contient des masses de bactéridies petites, agitées de mouvements rapides, excessivement vifs. Plus leur longueur est grande, moins sont actifs leurs mouvements. On voit d'énormes bactéridies en nombre considérable, la plupart immobiles, quelques-unes sont disposées en y (Y). On y trouve aussi les microbes punctiformes déjà signalés, en petit nombre relativement. La pièce se colore parfaitement par le violet de méthylamine; les mouvements continuent néanmoins.

Dans la préparation du 30 avril, les mouvements des bactéridies persistent encore, mais ils sont plus lents.

Le 1er mai, à cinq heures et demie du soir, sur un porc, mâle, âgé de 5 mois environ, bien portant, nous faisons sur l'abdomen, à gauche de la région pénienne, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une première injection avec une seringue de Pravaz remplie de liquide de culture des bactéridies, et une deuxième au niveau de la région axillaire droite. Nous conservons un échantillon de ce liquide, que nous continuons à maintenir à l'étuve à une température de 25° à 30°.

Ce même soir, à neuf heures, nous constatons que les points observés le matin dans la préparation sont pour la plupart des petites bactéridies vues perpendiculairement par un de leurs bouts. Si on observe pendant quelques instants ces points, on les voit se transformer en bâtonnets à mesure que la bactéridie quitte la position verticale. Ce sont les très petites bactéridies qui se transforment ainsi.

Le 2 mai, neuf heures du matin, le porc a de la fièvre, le museau est sec, les pattes sont chaudes, le pouls rapide. L'animal présente des soubresauts fréquents; il refuse toute nourriture.

A six heures du soir, on pique une veine sous-cutanée abdominale; on recueille quelques gouttes de sang. Les globules sont au nombre de 7,920,000; ils sont petits, très nets et peu modifiés de forme. Nous constatons la présence de quelques bactéridies très mobiles et vivaces, parfaitement colorées par le violet de méthylamine.

Le 3 mai, l'animal est dans le même état; il est agité; il présente des soubresauts fréquents; la fièvre paraît intense; il ne veut prendre aucune nourriture. Cet état s'amende les jours suivants. Le 13 mai, l'état général est bon; l'animal mange.

A la fin du mois de mai (30), nous constatons sur l'abdomen 7 à 8 papules très saillantes, rondes, rouges, du volume d'une lentille. Quelques-unes existent au niveau des creux axillaires, au voisinage de l'anus et sur la partie interne des cuisses.

Le 31, nouvelles papules sur la région dorsale; les poils s'enlèvent facilement à la moindre traction.

Le 1er juin, les papules sont plus nombreuses sur l'abdomen et le dos.

4 juin. Blépharo-conjonctivite intense de l'œil gauche: conjonctive rouge, sécrétion purulente qui se concrète et agglutine les bords des paupières. L'animal est triste, reste étendu, n mange pas.

Dans l'épaisseur du fourreau de la verge, nous constatons une tumeur dure, douloureuse, mobile, roulant sous la peau, du volume d'une noisette environ. Dans les plis inguinaux, trois petits ganglions durs, non douloureux.

12 juin. La tumeur pénienne a augmenté de volume; elle reste mobile, sans adhérence à la peau, toujours douloureuse. L'œil va mieux.

Nous enlevons une papule et une tache noire, intra-dermique, ressemblant à une pétéchie, surtout sur la région dorsale. Au microscope, la papule est constituée par une hypertrophie lamineuse avec corps embryo-plastiques et cellules fusiformes nombreuses. Pas de bactéridies dans la préparation.

En même temps, nous recueillons quelques gouttes de sang qui sont immédiatement mises en culture à la température de 42°. L'une d'elles est mise à part; placée, en sortant de la veine, sous le champ du microscope, on y constate des bactéridies.

Pour la culture des bactéridies recueillies, nous employons le procédé suivant:

Nous lavons un ballon Pasteur à l'acide phénique et nous le plaçons dans l'étuve chauffée à toute vapeur pendant cinq heures environ. Le bouillon de culture est chauffé pendant dix heures, maintenu à l'ébullition. On le laisse refroidir et on le rend alcalin avec la soude. On le filtre deux fois; on le porte de nouveau à l'ébullition, puis on le place dans le ballon Pasteur; il reste à l'étuve pendant vingt-quatre heures. Après ce laps de temps, examiné au microscope, il ne contient pas de bactéridies. Alors à l'aide d'un gros tube effilé dont l'extrémité opposée est obstruée à l'aide d'un tampon d'ouate phéniquée, nous recueillons quelques gouttes de sang, au niveau d'une petite veine de la paroi abdominale. Trois gouttes seulement sont mises dans le ballon contenant le bouillon de culture, maintenu à la température de 42° environ. Au bout de dix-huit heures, nous constatons des bactéridies en nombre considérable, analogues à celles obtenues dans le liquide de culture du chancre.

16 juin. Peu au courant des affections cutanées du porc et afin d'affirmer notre diagnostic de syphilides papulo-squameuses, nous prions MM. les professeurs Bouley et Nocard, M. Weber, vétérinaire à Paris, d'examiner l'affection cutanée dont le porc inoculé le 1er mai est atteint. Ces Messsieurs ne peuvent se prononcer sur la nature de cette affection, ils n'en ont jamais observé d'analogue sur le porc. Quant à la tumeur pénienne, ils la considèrent comme une tumeur sous-cutanée, probablement de nature inflammatoire. Ces messieurs sont frappés

de la similitude d'éruption existant entre les syphilides papulo-squameuses dont sont atteintes plusieurs malades du service et celles du porc. Ils constatent en outre les bactéridies du chancre dont nous avons conservé les préparations.

20 juin. L'éruption papuleuse se généralise de plus en plus.

26 juin. La tumeur sous-cutanée de la région pénienne est devenue adhérente à la peau; elle a perdu sa mobilité; elle est douloureuse et enflammée. A sa surface elle présente une ulcération arrondie, du volume d'une pièce de 50 centimes; le fond est rouge, luisant, sec; elle est fortement indurée. Cette induration correspond à la tumeur sur laquelle repose l'ulcération. Par la pression, on fait suinter à sa circonférence un pus blanchâtre. Deux ou trois ganglions inguinaux, gros, ne paraissant pas douloureux.

30 juin. Le volume de la tumeur pénienne a diminué de plus de moitié. Elle est limitée à la peau, confondue qu'elle est avec le derme. Elle correspond exactement à l'ulcération qui se répare et qui offre un fond rouge et luisant.

Le 9 juillet, la tumeur a disparu. L'ulcération est cicatrisée. A son niveau, la peau conserve une induration. Les ganglions inguinaux ont disparu.

Une tumeur dure, ronde, existe à la patte antérieure droite, au niveau de la petite phalange. Elle dévie l'angle du membre; elle est douloureuse à la pression; l'animal boite de cette patte. Sur le corps il n'existe aucune éruption.

Le 21 juillet, le sang examiné ne contient pas de bactéridies, ni de microbes.

Le 3 août, la tumeur de la patte droite persiste; elle reste dure; l'animal boite toujours. Aucune autre tumeur ne se forme sur le squelette, aucune éruption sur la peau. L'animal a pris un développement énorme.

Le 10 août, la tumeur de la patte droite diminue; elle reste dure; elle ne paraît pas douloureuse à la pression; l'animal boite moins. Lorsqu'on le chasse pour l'obliger à courir, le membre postérieur gauche paraît moins agile que le droit, il semble qu'il existe une légère paralysie de ce membre, dont le squelette ne présente aucune déformation. Aucune éruption sur le corps.

23 août. La tumeur de la patte droite persiste; son volume est moindre. Le membre postérieur gauche possède tous ses mouvements.

Pour confirmer ces résultats, nous instituons l'expérience suivante :

Le 21 juin. Nous inoculons à un jeune porc, mâle, âgé d'un mois environ, le pus d'un chancre infectant, syphilitique, recueilli sur une malade couchée au n° 10 de la salle Saint-Louis. Afin qu'il n'y ait aucune erreur possible sur la nature syphilitique de ce chancre, nous pratiquons à la partie interne de la cuisse droite de la malade une auto-inoculation, qui, disons-le de suite, ne donne aucun résultat. Il s'agit donc bien d'un chancre syphilitique. L'inoculation au porc est faite, avec une aiguille à vaccin, dans la peau du pénis.

Le 25 juin, à trois heures, quatre jours après l'inoculation du chancre infectant, nous prenons quelques gouttes de sang d'une veine abdominale. Ce sang, examiné immédiatement au microscope, contient une grande quantité de bactéridies analogues à celles développées par la culture du chancre de la première expérience et à celles développées dans le sang du premier porc inoculé avec ces bactéridies chancreuses ou syphilitiques. Ces bactéridies sont mises en culture dans du bouillon de porc. Disons que pour cette expérience, comme pour la première, le sang du porc a été examiné avant l'inoculation et qu'aucune bactéridie n'y a été constatée.

Le 30 juin. Neuvième jour de l'inoculation, il existe une induration parcheminée au niveau du point d'inoculation.

Le 5 juillet. Sur la peau du ventre, nous constatons un certain nombre de petites papules rosées, squameuses, saillantes, rappelant par leur aspect celles constatées déjà sur le premier animal. De plus, entre le fourreau et le deuxième mamelon gauche, il existe deux papules plus grosses, de coloration violacée, saillantes, très indurées, pouvant se soulever en masse si on les prend entre deux doigts.

Le 9 juillet, outre les petites papules qui existent toujours et qui sont entourées d'un cercle épidermique, nous constatons à droite, vers le deuxième mamelon, une nouvelle papule, analogue comme grosseur et comme coloration à celles qui existent à gauche.

Le 21 juillet. Les petites papules ont disparu. Les grosses sont plus nombreuses; elles sont saillantes, de coloration manifestement cuivrée; elles ont le volume d'une tête de clou. Le sang examiné ne contient pas de bactéridies.

Le 3 août. Les papules abdominales persistent : elles offrent une induration manifeste; elles ne sont plus colorées, leur couleur se confond avec celle de la peau. Sur les oreilles, sur la nuque, nous trouvons 5 grosses papules rouges, avec cercle épidermique à leur base, saillantes, indurées, nouvellement formées.

Le 10 août. Les papules des oreilles sont affaissées, peu colorées, sauf une, qui existe sur le

bord libre de l'oreille gauche. La peau de l'abdomen, du thorax, de la face interne des cuisses, présente de nombreuses papules, saillantes, rouges, cuivrées ; quelques-unes présentent une teinte violette, surtout au niveau de l'inoculation. Le poil tombe à la plus légère traction. L'animal est vif, alerte ; il mange bien. Nous enlevons une de ces papules. Examinée au microscope, nous constatons une structure analogue à celle de la papule enlevée sur le premier porc. Il est à remarquer seulement que les éléments embryoplastiques sont plus nombreux. Pas de bactéridies.

23 août. Les papules ont complètement disparu. Aucun accident syphilitique apparent.

Le 2 juillet, avec les bactéridies cultivées du jeune porc (animal de la deuxième expérience), nous pratiquons à l'Ecole d'Alfort, en présence de M. le professeur Nocard, une injection sous-cutanée à la région pénienne d'un jeune porc mâle, âgé de 3 mois environ, et une deuxième à la région pénienne également d'un jeune chevreau.

Le 17 juillet, M. Nocard nous faisait savoir que les animaux inoculés paraissaient jusqu'ici indemnes, qu'ils n'avaient présenté aucun trouble appréciable. La température n'a pas varié de plus d'un dixième de degré. A aucun moment, il n'a pu trouver dans leur sang un élément figuré anormal.

Le 5 juillet, nous pratiquons, à la région pénienne d'un singe macaque, âgé, une injection sous-cutanée de bactéridies constatées dans le sang du premier porc (première expérience) et cultivées d'abord dans le bouillon de Liebig, puis dans le bouillon de porc. Pour la première fois, nous avons constaté dans ce bouillon, outre les bactéridies la plupart légèrement incurvées, une quantité énorme de microbes, micrococus et diplococus, en forme de sphères, isolés, parfois réunis deux à deux ou en zooglœa. Ces microbes sont animés de mouvements actifs.

Le 10 août, cet animal n'a présenté jusqu'ici aucun phénomène anormal. Le sang, examiné à différentes reprises, ne contient pas de bactéridies.

En résumé, le 29 avril 1882, nous excisons un chancre induré que nous plaçons dans un ballon contenant une certaine quantité de bouillon de culture préparé suivant les indications données par M. Pasteur pour la recherche et l'étude des microbes. A midi nous commençons notre opération ; à trois heures, le liquide de culture contient quelques flocons qui troublent sa transparence ; à six heures et demie, un petit dépôt grisâtre se forme au fond du vase, et le 30 avril, à dix heures du matin, nous constatons au microscope la présence de nombreuses bactéridies. Pour assurer la réalité de cette bactéridie syphilitique, nous injectons dans le tissu cellulaire de la région pénienne d'un porc, âgé de 5 mois environ, avec une seringue de Pravaz, une certaine quantité du liquide de culture contenant les bactéridies.

Le lendemain de cette injection, nous constatons dans le sang de l'animal la présence de bactéridies analogues ; un mois environ après l'inoculation, des manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papulo-squameuses) se développent sur l'abdomen, en même temps que les poils tombent.

N'ayant aucune donnée sur la syphilis du porc, et afin d'affirmer la réalité de l'affection inoculée à ce premier animal au moyen de la bactéridie syphilitique, nous instituons une deuxième expérience qui doit nous servir de comparaison. A cet effet, à l'aide d'une aiguille à vaccin chargée de sérosité recueillie sur un chancre infectant, nous pratiquons une inoculation dans la peau de la région pénienne d'un jeune porc âgé de quelques semaines.

Quatre jours après cette inoculation, l'examen du sang de l'animal démontre l'existence d'une bactéridie analogue à celle de la première expérience. Quatorze jours après, les manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papuleuses) apparaissent sur l'abdomen. D'abord isolées, elles se généralisent, persistent pendant plusieurs jours, puis elles disparaissent complètement deux mois après l'inoculation. De même, après plusieurs semaines, l'examen microscopique du sang a démontré l'absence de la bactéridie.

Afin de nous assurer de la transmission de la syphilis à d'autres animaux, au moyen des bactéridies trouvées dans le sang des deux porcs, nous les cultivons et, avec l'aide de M. le professeur Nocard (d'Alfort), nous injectons avec la seringue de Pravaz dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région pénienne d'un jeune porc et

d'un chevreau ce liquide de culture. Ces expériences n'ont donné, jusqu'à ce jour (23 août), aucun résultat. Le sang, examiné avec le plus grand soin par ce savant professeur, n'a jamais présenté de bactéridies.

Tel est le résumé succinct des expériences que nous avons commencées le 29 avril dernier.

Si nous comparons nos deux expériences (1° inoculation à un porc de la bactéridie développée par la culture d'un chancre infectant ; 2° inoculation à un autre porc de la sérosité recueillie sur un chancre infectant), on constate leur similitude tant au point de vue du développement de la bactéridie dans le sang qu'à celui des manifestations cutanées syphilitiques. On ne peut donc mettre en doute la réalité de la bactéridie syphilitique. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance que cette découverte comporte au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la syphilis. Nous nous proposons de continuer nos études et d'informer l'Académie, dès que nous aurons obtenu de nouveaux résultats.

Nous nous proposons de même de poursuivre l'étude de la syphilis chez les animaux, étude qui n'a pas encore été faite complètement, et qui nous paraît des plus intéresantes si nous considérons les faits dont nous avons donné la relation. Outre que l'évolution de la syphilis paraît être plus rapide chez les animaux que chez l'homme, il semble que cette maladie constitutionnelle ne se présente pas chez les animaux, notamment chez le porc, avec toute la série des accidents qui appartiennent à la syphilis humaine. Tous les animaux enfin ne paraissent pas aptes à contracter la syphilis; on peut même dire que la plupart sont réfractaires à la contagion syphilitique, et que ceux qui ont été considérés comme ayant une certaine aptitude présentent une résistance plus ou moins grande aux effets du virus syphilitique. Chez le porc notamment, s'il est vrai que le virus syphilitique puisse lui être inoculé directement de l'homme, il est non moins vrai, d'après nos expériences, qu'il n'est pas inoculable du porc au porc ou du porc à un animal d'une autre espèce, tel que le singe par exemple. Cette non-transmissibilité d'animal à animal paraît être, du reste, en rapport avec l'évolution rapide des manifestations syphilitiques, avec la disparition rapide des bactéridies et avec la guérison assez prompte de la maladie constitutionnelle.

Cette difficulté dans la transmission de la syphilis entre les animaux nous donne, en outre, l'explication de la rareté de cette maladie en dehors de l'homme, et de la difficulté qu'éprouvent les expérimentateurs dans la résolution des nombreux problèmes qu'elle soulève. C'est pourtant à les résoudre que nous allons nous appliquer, en poursuivant nos recherches sur les différents points traités dans cette communication, avec l'espoir de donner à l'Académie des résultats complets.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES DANS LES CAMPAGNES ET L'ASSOCIATION MÉDICALE DU DÉPARTEMENT DU JURA.

C'est un bon exemple que le Conseil général du Jura vient de donner aux administrations françaises, en prenant l'avis des médecins avant d'y organiser l'inspection médicale des écoles. Cette marque de déférence envers la Société médicale du département, est une preuve nouvelle en faveur de l'influence légitime que peuvent exercer les associations locales et l'Association générale auprès des administrations publiques.

Le bureau de la Société de prévoyance a fait appel non-seulement à ses membres, mais avec un esprit de sage libéralisme a consulté aussi les médecins étrangers à la Société. Dans les rapports imprimés que nous avons sous les yeux, MM. Rouget Toubin et Guichard ont formulé les conclusions suivantes. Nous en donnons le résumé, car l'Union Médicale est par tradition et par principe l'organe des légitimes revendications professionnelles.

Nos estimés confrères tiennent compte à la fois des exigences de la santé publique et du fonctionnement de ce service dans les campagnes. De plus, ils concilient équitablement les nécessités budgétaires avec les intérêts et la dignité du Corps médical. Rejetant avec raison le système défectueux de l'abonnement, ils demandent la taxation à la visite, qui seule

accorde au médecin une rémunération proportionnelle aux services rendus. Le prix de la visite avec ou sans rapport écrit, qu'elle soit obligatoire ou demandée par le maire ou l'instituteur, serait fixé à trois francs. De plus, l'indemnité de déplacement serait fixée à un franc par kilomètre parcouru, la distance n'étant comptée qu'à l'aller seulement.

Le nombre des visites étant très restreint, la première aurait lieu au moment de l'installation du service pour constater l'état hygiénique des locaux et du mobilier scolaire. Les autres visites seraient motivées par l'invasion d'une maladie contagieuse sur un des enfants de l'établissement. Ce nombre nous paraît trop restreint, et deux visites obligatoires annuelles ne sont pas superflues pour tenir la main à l'observation par le personnel enseignant des prescriptions hygiéniques.

L'obligation de la vaccine entraîne la nécessité d'un certificat individuel pour chaque enfant. Ce certificat serait tarifé à 1 franc 50. De plus, on devrait exiger, comme à Paris, un bulletin écrit pour la réintégration des convalescents de maladie contagieuse parasitaire. Pourquoi donc exiger cette pièce de ceux-là seuls qui auraient été atteints d'affections cutanées parasitaire s?

Les instructions données aux directeurs d'école, d'après le rapport du regretté Delpech, pour reconnaître le début des maladies contagieuses, sont excellentes assurément, mais l'expérience clinique du médecin peut seul juger dans la plupart des circonstances. De plus, son indépendance et son autorité ne sont pas inutiles dans la pratique pour lutter contre les préjugés toujours hostiles à l'application des règlements les plus sages, et les faire passer dans les habitudes du pays. Ces obstacles existent à Paris. Plus d'un médecin inspecteur des écoles de cette ville a dû lutter contre eux, et aujourd'hui encore, combattre la routine de parents hostiles, par exemple, à l'introduction des exercices gymnastiques dans les écoles. A plus forte raison, que seront donc ces obstacles en province?

Les résultats obtenus dans les villes, où fonctionne l'inspection des écoles, rendent désirables l'extension de ce service dans les communes rurales. Mais, l'expérience le prouve, elles ne produiront tout le bénéfice désirable, que par l'augmentation de l'autorité des médecins inspecteurs. Les mesures d'hygiène publique doivent être imposées avec tact. *Salus populi suprema lex esto*, écrivait un jour dans ces colonnes M. Amédée Latour. C'est donc au nom de la loi qu'il faut en assurer l'exécution. L'UNION MÉDICALE, journal toujours dévoué aux intérêts du Corps médical et à ceux de la patrie, applaudit volontiers aux courageux efforts de nos estimés confrères du Jura. Qui donc, d'ailleurs, nous le répétons, mieux que les médecins, seuls autorisés, et seuls compétents, pourrait réaliser l'exécution stricte de ces mesures de salut public? — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1882. — Présidence de M. BOULEY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. le docteur Bos, lauréat de l'Académie.

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Albert Calmette, élève à l'École de médecine navale de Brest. (Adopté.)

—

M. GOSSELIN présente, au nom de M. le docteur Abeille, ancien médecin de l'hôpital du Roule, une observation d'ostéomyélite spontanée aiguë du tibia gauche, avec myélite suppurante, compliquée d'arthrite aiguë suppurante du coude droit; accidents septicémiques. Au cinquième mois, extraction d'un volumineux séquestre du tibia, de 14 centimètres de long sur 2 de large; guérison de l'ostéomyélite; l'arthrite suppurée du coude terminée par ankylose. (Com. MM. Verneuil, Legouest et Gosselin, rapporteur.)

—

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la nouvelle et regrettable perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Woillez.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Henri ROGER donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Woillez :

A un mois de distance, l'Académie de médecine vient de perdre deux de ses membres éminents, M. Pidoux et M. Woillez : l'un, brillant généralisateur, porté surtout vers les grandes questions de la médecine; l'autre, esprit judicieux, exact et sévère, qui voulait s'en tenir à la stricte observation des faits; tous deux, en réalité, partisans de l'éclectisme, cette sage mé-

thode qui s'efforce de choisir le mieux dans chaque doctrine, et qui cherche la vérité non point aux extrêmes, mais *dans le milieu*, là où l'avait placée Horace et avant lui Aristote.

M. Woillez passa les dix premières années de sa pratique médicale à l'Etablissement d'aliénés de Clermont-sur-Oise; mais son activité scientifique et ses mérites réclamaient un plus grand théâtre; il revint à Paris, concourut, et, en 1855, il était nommé médecin des hôpitaux. Dès lors il put poursuivre la longue série de ses recherches cliniques, qui embrassent une période de plus de quarante ans, et qui, presque toutes, ont les affections de poitrine pour objet. Les plus importants de ces ouvrages sont la *Clinique des maladies aiguës des voies respiratoires*, qui fut jugée digne d'un prix à l'Institut; le *Dictionnaire de diagnostic médical*, dont les données positives fournissent des bases certaines à la thérapeutique; et enfin le *Traité de percussion et d'auscultation*, où la physique des phénomènes acoustiques est étudiée complètement et où M. Woillez, commentant Skoda, éclaircit et réforme le célèbre auscultateur allemand.

Dans ces œuvres, M. Woillez a mis ses qualités supérieures, l'exactitude, la précision, et, avant tout, la sincérité, qualités natives et perfectionnées encore à l'école rigide de Louis, le grand observateur qui appliquait à la nosologie et même à la thérapie les lois inflexibles de l'arithmétique.

L'Académie qui avait récompensé, par un vote presque unanime, les mérites du savant et du praticien, trouva toujours en M. Woillez un dévoué serviteur de la science.

On doit encore à notre éminent collègue un ouvrage philosophique *sur l'homme et la science en notre temps*. Dans cet écrit, M. Woillez ne craint pas d'aborder les plus redoutables problèmes : la création, les origines et la fin de l'humanité, et de sonder l'incognoscible. L'occasion du livre est noble et touchante; il a été conçu à l'époque des désastres de la France et sous le règne sinistre de la Commune; il a été rédigé dans le silence d'une profonde douleur morale, pendant une année traversée de funérailles, et remplie des plus amères tristesses, la mort de sa femme et de ses deux filles. En face de la force victorieuse et du crime social triomphant, au milieu de ses dures afflictions terrestres, il sentit le besoin, il regarda comme un devoir, d'affirmer ses croyances au spiritualisme, à l'immortalité de l'âme et à une existence seconde dans un monde assurément meilleur que celui où nous vivions alors.

Oui, M. Woillez a honoré l'Académie et par l'excellence de ses travaux et par la dignité de sa vie : homme du devoir et de la vraie fraternité, clinicien habile, médecin dévoué, compatissant, il inspirait confiance par son savoir et sa bonté, et l'on trouvait en lui, selon l'expression de Michelet, « l'accord victorieux des deux sœurs, la science et la conscience »; en lui, de même que chez Barth, mon admirable ami, la conscience était comme un témoin constant des actes et des pensées : « *Nocte diùque suum gestare in pectore testem.* »

Le temps qui emporte si vite nos joies et qui use si lentement nos douleurs; la considération universelle et la haute estime des confrères, les honneurs professionnels, les occupations d'une clientèle choisie et reconnaissante; les travaux consolateurs de l'esprit, travaux scientifiques, littéraires, et même archéologiques; l'accomplissement d'œuvres charitables, qui sont aussi consolatrices pour le secoureur que pour le secouru; les pures jouissances de l'art, de la musique comme de la peinture, auxquelles M. Woillez n'était pas étranger; d'illustres amitiés (notre grand peintre Muller lui avait voué un attachement fraternel); les délices de la vie intime et les joies du foyer renouvelé par une douce et respectable union (le foyer, n'est-ce pas notre cœur même); toutes ces satisfactions, toutes ces compensations du déclin de l'existence, avaient apporté un allégement aux poignantes douleurs de deux années terribles : il se reprenait au bonheur, il en goûtait, à la campagne, les recommencements, lorsque, il y a cinq semaines, éclata la maladie cardio-pulmonaire qui l'a enlevé! Après des jours de souffrances et d'angoisses, il s'est endormi dans la foi et dans le sublime espoir de la récompense céleste que, dans son livre, il réclame pour les justes, celle de retrouver par delà le tombeau les êtres aimés disparus.

M. Woillez, qui n'avait que des amis, en comptait de nombreux et de fidèles parmi ses collègues de l'Académie et des hôpitaux et parmi ses confrères reconnaissants de l'Association : bien peu, dans ce mois consacré au repos des champs, aux excursions scientifiques, à la recherche de la santé hors la grand'ville, bien peu ont pu venir assister à la solennité des adieux suprêmes. A ces absents involontaires qui apprendront trop tard la triste nouvelle, — comme à ceux qu'un pieux devoir et une affliction familiale réunissent autour de cette tombe, — je dis avec le poëte : « Vous qui vivez, pensez aux morts! » ne laissez le cher défunt ni impleuré, ni oublié; accordez, comme nous, un souvenir, un long souvenir à sa mémoire honorée, et, comme nous, une larme sincère à sa mémoire aimée.

(Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.)

—

M. Constantin PAUL, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

—

M. HERVIEUX, au nom de M. Depaul empêché d'assister à la séance, lit un travail adressé par M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant et intitulé : *Note sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle.*

Il y a maintenant plus de sept ans que M. Duboué a commencé et qu'il poursuit ses recherches sur ce point de thérapeutique. Il est arrivé ainsi à un chiffre d'observations qui lui paraît permettre des conclusions positives. Jusqu'à ce jour, c'est le seigle ergoté qui lui a, dit-il, donné les guérisons les plus nombreuses.

M. Duboué a soumis à la médication par le seigle ergoté 36 cas de fièvre typhoïde, dont 11 très graves, 14 graves et 11 de moyenne gravité : sur ces 36 cas, il a eu deux cas de mort, ce qui donne une mortalité de 5,55 p. 100.

A ces 36 cas de sa pratique personnelle, il peut en joindre 15 autres, dont 1 extrêmement grave, de M. le docteur Siredey, qui a guéri; 11 de M. le docteur Foin, d'Oloron-Sainte-Marie, sur lesquels 3 ont été très graves, 4 graves et 4 de moyenne gravité ; nn seul de ces cas s'est terminé par la mort ; 3 de M. le docteur Guichard, sur lesquels 1 très grave et 2 graves ; ces trois cas se sont terminés par la guérison.

Voilà donc une statistique totale de 51 cas, dont 16 très graves, 20 graves et 15 de moyenne gravité ; or, sur ces 51 cas, il y a eu 3 décès ce qui donne une mortalité générale de 5,88 ou de 6 p. 100.

Quant aux règles à suivre pour l'administration de cet agent, M. Duboué les résume de la manière suivante :

L'ergot de seigle est applicable à toutes les périodes et dans toutes les formes de la fièvre typhoïde *sans exceptions.*

Avant d'administrer ce médicament, il faut s'assurer, avant qu'ils soient pulvérisés, que les grains ont leur aspect normal et n'ont subi aucune altération.

Le médicament peut être administré soit dans du pain azyme, ou des cachets Limousin, à la dose de 25 centigrammes par cachet, soit en poudre, dans de l'eau pure ou sucrée, du vin, du lait, du bouillon ou un sirop quelconque. Mieux vaut faire pulvériser l'ergot de seigle avec la moitié de son poids de sucre.

La dose doit être fragmentée en quatre, six ou huit prises dans les 24 heures, autant que possible un peu avant ou immédiatement avant l'injection des aliments ou des boissons.

Les doses moyennes doivent être de 1 gramme 50 à 3 grammes par jour pour un adulte, et de 0,40 à 1 gramme pour les enfants de 6 à 12 ans.

On se guide pour l'augmentation ou la diminution des doses sur le degré de la température constaté au thermomètre, ou même encore sur l'ensemble de l'état du malade.

—

M. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, lit un travail intitulé : *De la bactéridie syphilitique. — De l'évolution syphilitique chez le porc.* Cette étude et les expériences qui en sont la base, sont communes à M. le docteur Martineau et à M. Hamonic, interne en médecine des hôpitaux. (Voir plus haut.) — Cette communication est renvoyée à une commission composée de MM. Pasteur, Bouley, Lancereaux et Alfred Fournier.)

—

M. le docteur DE PIETRA SANTA lit un travail intitulé : *La fièvre typhoïde à Paris* (période de 1875 à 1882, premier semestre). (Com. MM. Gueneau de Mussy, Jaccoud et E. Besnier.)

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des relations de l'asthme nerveux avec les affections du nez, par B. FRANKEL. — Un certain nombre d'auteurs ont signalé l'asthme lié à la présence de polypes naso-pharyngiens, Voltolini, Hänisch, Schäffer. Frankel en fournit trois nouveaux exemples, et il part de là pour trouver des arguments en faveur de la théorie pathogénique de l'asthme réflexe. L'excitation partie du trijumeau ou même du nerf olfactif (asthme causé par des odeurs fortes) aboutit à un spasme du pneumo-gastrique. Et, en effet, le catarrhe simple du nez peut être lui-même une cause d'asthme, qui est traité avec efficacité en s'attaquant à la cause pre-

mière, ainsi que l'auteur en rapporte un exemple. Aussi l'examen des fosses nasales s'impose-t-il dans cette affection (*Berlin Klin. Wochenschrift*, n° 6, 1882).

Cas de mort par le chloroforme, par Crane. — Un homme de 49 ans fut endormi pour subir la résection du cinquième métatarsien au pied droit. L'opération fut commencée avant que le malade fût complètement endormi. Elle fut interrompue, puis reprise, et un fragment de l'os put être enlevé. Le malade, se débattant, s'efforçait de s'asseoir sur le lit, quant tout à coup le pouls radial faiblit et disparut; la face devint livide, le pouls temporal persista un moment. La respiration, devenue sifflante, s'arrête à son tour. L'anesthésie avait été interrompue dès le début des accidents, et Reid, l'opérateur, avait fait pratiquer immédiatement la respiration artificielle. Aussi rapidement que possible, un courant faradique fut appliqué sur le trajet du nerf phrénique. Mais on n'arriva à aucun résultat.

La quantité de chloroforme employée ne dépassait pas 2 drachmes 3/4 (moins de 11 gram.); il ne s'était pas écoulé dix minutes entre le début de l'anesthésie et l'invasion des accidents. Le malade portait plus que son âge; son pouls était régulier et dur. Il n'y avait aucun symptôme de maladie cardiaque. L'urine était normale. Il y avait des antécédents alcooliques. (*The British medical Journal*, 24 juin 1882.)

Hernie diaphragmatique congénitale, par Aplfeld. — Enfant né le 26 décembre 1881, dans des conditions normales, à part un nœud du cordon. Aussitôt la naissance, il avait crié avec une certaine vigueur; mais, dans le bain, il commença à se cyanoser et présenta bientôt tous les symptômes de l'asphyxie. Les bruits du cœur s'entendaient d'abord à gauche, au siège normal, un peu ralentis. On crut devoir pratiquer l'insufflation. Peu après les battements cardiaques s'entendirent au niveau du sternum, puis dans le côté droit de la poitrine, où ils étaient surtout manifestes sous l'aisselle, pendant qu'à gauche le silence était comple et qu'on y notait au contraire la sonorité intestinale tympanique. Le diagnostic commençait à s'éclaircir. L'enfant ne vécut qu'une heure et demie. L'autopsie démontra la présence dans la plèvre gauche de la presque totalité de l'intestin grèle et d'une partie du gros intestin. Le poumon, refoulé, avait cependant respiré; le diaphragme faisait défaut à la partie postérieure. Le foie et la rate étaient notablement hypertrophiés. (*Berlin Klin. Wochenschrift*, 26 juin 1882.)

Proportion anormale de fer dans le foie, par Marchand. — Le foie d'un phthisique de 60 ans présentait une coloration rouge brunâtre tout à fait anomale, à côté des lésions d'une cirrhose manifeste. Le microscope révéla une infiltration des cellules hépatiques et du tissu conjonctif interstitiel, par des corpuscules pigmentaires qui prenaient au contact du ferrocyanure jaune une coloration bleue caractéristique. On observait en même temps un assez grand nombre de granulations tuberculeuses.

A l'analyse chimique, on ne trouva pas moins de 30,811 p. 100 de fer dans les cendres du foie qui présentaient l'aspect d'une poussière olégiste.

Stahel avait déjà rencontré un cas de foie ferrugineux chez un anémique, et Lindenlang, dans un cas de *morbus maculosus*, trouvait également dans les cendres hépatiques 5,6 p. 100 de fer, qu'il rapportait avec vraisemblance à la destruction exagérée des globules rouges. Il est à noter, cependant, que le malade de Marchand avait pris des ferrugineux pendant les quelques semaines précédant sa mort. (*Berlin Klin. Wochenschrift*, 26 juin 1882.)

R. Longuet.

VARIÉTÉS

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION BRITANNIQUE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

L'inauguration du Congrès annuel de l'Association britannique a précédé d'un jour celle du Congrès de l'Association française, à la Rochelle. M. Siémens, président de la Session, dans le discours d'ouverture, et à propos du choix des unités électriques adoptées par le Congrès des Electriciens de l'an dernier, a demandé que le système métrique devint obligatoire en Angleterre. Nos confrères d'outre-Manche devraient alors abandonner la posologie par drachmes, grains et autres mesures du moyen âge. A ce point de vue, ce serait un rajeunissement de la thérapeutique anglaise.

Nous ne nous arrèterons pas au discours de lord Ralegh, président de la section de physique et de mathématiques sur la détermination de la mesure pratique de la résistance, ni de celui de M. Lideying, président de la section de chimie, sur la théorie mécanique de la chaleur.

Le docteur Ganigœ, président de la section d'anatomie et de physiologie, a donné un

résumé des connaissances actuelles sur les fonctions sécrétoires et rappelé les travaux de M. Balfour, qui vient de succomber si malheureusement pendant une excursion dans les Alpes. Cette multiplicité de Congrès doit satisfaire les savants! Congrès de la Rochelle, Congrès de Genève, Congrès de l'Association britannique! Que de Congrès! Il faudrait vraiment avoir le don d'ubiquité pour assister à ces réunions diverses et presque simultanées.

C. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 25 au 31 août 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,006. — Fièvre typhoïde, 82. — Variole, 7. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 26. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 47. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchites aiguës, 10. — Pneumonie, 47. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 102 ; au sein et mixte, 57; inconnus, 6.—Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 81 ; circulatoire, 45 ; respiratoire, 45 ; digestif, 45 ; génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 42. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 35e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,152 naissances et 1,006 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 929, 906, 1,100, 1,034. Le chiffre de 1,006 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour l'Érysipèle (4 décès au lieu de 7 pendant la 34e semaine);

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (82 décès au lieu de 74), la Rougeole (19 au lieu de 9) ;

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 7 décès par Variole (au lieu de 8) ; 26 par Diphthérie (au lieu de 28); 5 par Infection puerpérale (au lieu de 4), 2 par Scarlatine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (16 malades reçus du 21 au 27 août, au lieu de 28 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (21 au lieu de 23). Il a été admis 251 malades atteints de Fièvre typhoïde.

L'amélioration que nous constations dans notre dernier bulletin au sujet de l'épidémie de Fièvre typhoïde qui a éclaté si brusquement à Paris, il y a un mois, ne s'est pas poursuivie. Le bulletin de ce jour accuse un chiffre de 82 décès, dont 5 fournis par la garnison, et un nombre d'admissions dans les hôpitaux de 251 malades. A la date du 27 août ces établissements renfermaient 962 typhiques, chiffre considérable et qui donne peu d'espoir de voir la mortalité redescendre, à bref délai, à son chiffre hebdomadaire moyen.

A ce sujet, nous croyons devoir rappeler que l'année dernière, à pareille époque, il est survenu à Paris une recrudescence soudaine des cas d'invasion de Fièvre typhoïde. Le bulletin de la 35e semaine de 1881 dénonçait 72 décès par cette cause. L'épidémie toutefois, fut alors de courte durée et n'eut pas le caractère de gravité que présente celle dont la population parisienne est actuellement victime.

A l'exception de la Fièvre typhoïde, la mortalité causée par les affections épidémiques, notamment par la Variole et par la Diphtérie, est extrêmement faible et n'atteint pas celle de la semaine correspondante des années précédentes.

Dr Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

— Par décret en date du 27 août 1882, M. le docteur de Fornel a été promus au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

UN CAS DE FIÈVRE MÉLANURIQUE OBSERVÉ SUR LES CÔTES DE SAINTONGE,

Par le docteur E. PINEAU, du Château-d'Oléron (Charente-inférieure)

Je suis appelé, le 28 octobre 1881, dans un village de ma circonscription, malsain entre tous, fertile notamment en manifestations paludéennes de diverses sortes, pour y voir un jeune garçon de 17 ans.

Antécédents curieux, mais que je ne garantis pas, ne les rapportant que par ouï dire : Toutes les trois ou quatre semaines, assez régulièrement et cela depuis l'âge de 4 ans, ce jeune homme présenterait une crise douloureuse très vive, occupant la région gastro-splénique. Il crie, se tord, souvent pendant plusieurs heures, puis vient un vomissement de sang noir d'abondance variable qui termine la scène. Jusqu'à la crise suivante il paraît jouir de la plus tranquille santé; seulement il me semble peu développé pour son âge, et son teint est d'une pâleur notable.

Quelle peut bien être la cause d'un si singulier accident, sinon (quoique ses parents m'affirment qu'il n'a jamais été malade, même de fièvre intermittente) une congestion périodique, amenant quelque rupture vasculaire du côté de l'estomac, congestion analogue à ces hydarthroses à répétitions si curieuses et si bien connues maintenant? La cause en serait une imprégnation palustre latente, car, outre le lieu qu'il habite, ce jeune homme n'a jamais bu que de l'eau et doit être considéré de ce fait comme étant plus sujet à contracter le germe d'une affection tellurique.

Quoi qu'il en soit, le 25, il accuse dès le matin une certaine lassitude; il fait néanmoins sa journée de travail, mais, le soir, il se couche très fatigué, et à peine au lit, vomit abondamment des matières muco-bilieuses et de la bile pure. Même vomissement le lendemain matin; il s'alite avec la fièvre, et cette fièvre atteint 40° le 28 dans l'après-midi.

Malgré cette température, le facies est bon. Il y a une soif vive et un point de côté qui irradie de l'omoplate gauche jusqu'à l'hypochondre, avec maximum au niveau de la rate,

FEUILLETON

CAUSERIES

Le massacre de la mission Crevaux. — Dernières nouvelles de l'expédition de la *Jeannette*. — La médecine dans les journaux politiques pendant les vacances. — Une dentiste en musique. — Les eaux de Luchon et leurs propriétés. — La station des eaux de Botot. — Faits divers. — Le dieu Beefsteak. — Un comble.

Permettez-moi, chers lecteurs, de vous tenir au courant des efforts tentés par les gouvernements de la Bolivie et de la république Argentine pour connaître le sort de l'expédition Crevaux, et pour venger notre héroïque compatriote, s'il y a lieu.

Le massacre de la mission Crevaux, dit la *Revue scientifique*, est désormais un fait confirmé et sur lequel nous possédons les détails les plus complets et les plus navrants.

C'est près de Caballo Repoti, à deux jours de marche de Teyo, que le docteur Crevaux a été massacré par les Indiens Tobas, qui après l'avoir accueilli avec toutes les marques de la joie la plus vive et lui avoir offert des vivres, l'ont peu à peu entouré avec toute sa troupe pendant le repas et ont assailli les voyageurs trop confiants à coups de poignard.

Trois hommes, d'après les dernières nouvelles arrivées de Tupiza, sont parvenus à échapper au massacre. L'un est l'indien Lenguaraz, qui avait servi de guide à M. Crevaux depuis la mission San Francisco; l'autre, le bolivien Rodrigues, et le dernier, le matelot français Heusat, qui sont parvenus à gagner le sud, après avoir été vainement poursuivis par les

laquelle présente une large matité. La toux, assez fréquente, exaspère cette douleur et n'amène que quelques crachats blancs sans caractère. L'auscultation est négative.

Dans la nuit du 26 au 27, il rend pour la première fois une urine qui paraît contenir une grande quantité de sang. La miction se fait sans douleur et sans efforts, le liquide rejeté est parfaitement homogène, d'un beau rouge rutilant dans les deux tiers supérieurs du vase, noirâtre et poisseux au fond. Il rend, en moins de vingt-quatre heures, trois litres environ de cette urine.

Ni frissons, ni douleurs de reins. Bien qu'il soit fort calme et ne dise souffrir que de son point de côté, néanmoins la respiration est courte et légèrement suspirieuse, la langue recouverte d'un mince enduit blanchâtre, le teint animé avec une pointe de jaune, sensible surtout dans l'angle interne des sclérotiques et à la commissure des lèvres. La température est (5 heures 1/2 du soir) à 40°, le pouls à 100. (Je dirai, une fois pour toutes, que je le voyais toujours de 3 à 5 heures du soir).

Vésicatoire sur la région splénique; sulfate de quinine, 1 gramme en 10 paquets d'heure en heure; 2 grammes d'ipéca demain matin.

Le 29. Une seule miction depuis hier soir que j'évalue à un demi-litre environ d'un liquide encore plus foncé en couleur que celui d'hier. — Forte selle moulée, peut-être légèrement décolorée. — Le visage passe, plusieurs fois dans le jour, d'une pâleur de cire à une rougeur intense qui le fait alors paraître comme bouffi et presque érysipélateux. — Angoisse épigastrique légère, insomnie absolue.

Malgré le vésicatoire, la douleur splénique persiste; le malade, presque constamment en décubitus sur ce côté, accuse une violente souffrance. Aujourd'hui la douleur irradie manifestement vers les reins. Temp. 30°1 ; pouls 100.

Sulfate de quinine 1 gr. 50 en 6 paquets, 1 toutes les quatre heures suivi d'un verre de limonade tartrique. Lait, bouillons, orge et eau vineuse.

Le 30. Hier soir, troisième vomissement de mucus et de bile, mais moins abondant que les deux premiers. Aujourd'hui le même vomissement se repète encore.

La douleur au niveau de la rate n'existe plus que sous l'influence des secousses de toux; la douleur des reins a disparu. Il est moins cramoisi et beaucoup plus calme.

Pas de selles, et seulement un demi-litre d'une urine trouble, sédimenteuse et d'un vert très foncé, mais sans teinte rouge cette fois. Temp, 39; P. 100, petit et mou.

Presque toutes les prises de quinine, depuis hier, ont amené des nausées et quelques-unes des vomissements.

Sulfate de quinine 1 gr. 20 associé à 0 gr. 15 d'opium.

Le 31. Toute la nuit il a vomi par gorgées des matières aqueuses et muqueuses, parfois striées d'un peu de bile. Plusieurs des paquets de quinine sont vomis, si même ce ne sont pas eux qui provoquent les vomissements?

Tobas. On ignore encore ce qu'ils sont devenus, mais toutes les vraisemblances sont cependant en leur faveur.

Deux prisonniers avaient été également faits par les sauvages, au moment de l'envahissement des chaloupes. Le premier, nommé Ceballos, religieux missionnaire, a pu être racheté aux Indiens et a rejoint la mission de San Francisco. L'autre, le cuisinier du bord, est encore en leur pouvoir.

« En ce moment, dit l'*Union française de Buenos-Ayres*, deux expéditions, l'une envoyée par le gouvernement bolivien et partie de Potosi, l'autre, envoyée par le gouvernement argentin et partie de Formosa, sous le commandement du colonel Fontana, sont à la recherche des restes de l'infortuné Crevaux et de ses compagnons, et ont reçu l'ordre de venger cruellement leur mort.

Malheureusement, nous apprenons que la première de ces expéditipns, mal préparée, mal organisée, est tombée en pleine désorganisation dès les premiers jours de marche, et qu'elle est dans l'impossibilité absolue d'exécuter les ordres qu'elle a reçus. Reste donc l'expédition argentine, qui est notre dernière espérance. Nous avons toute confiance dans son chef, qui a déjà fait ses preuves, et qui a lui-même sollicité le périlleux honneur qui lui a été accordé. »

***

Après l'expédition de M. Crevaux, je dois vous dire quelques mots d'une autre expédition qui nous touche d'aussi près que la précédente, car, si elle n'était pas dirigée par un médecin, elle n'en a pas moins coûté la vie à un de nos confrères, et d'ailleurs elle est tout aussi intéressante pour tous ceux qui s'associent aux progrès que fait chaque jour la science dans le

Un peu de sommeil dans la journée, mais l'anorexie continue d'être complète et la langue plus blanche encore que dans les premiers jours.

Petite selle moulée, verte comme de l'oseille hachée et qui contenait un lombric. Urine : trois quarts de litre, verdâtre et goudronneuse dans le fond, comme hier. — Temp. 39°, Pouls 128, mou et ondulatoire.

Sulfate de quinine, 1 gramme 80; Ipéca, 2 grammes, demain matin.

Le 1er novembre : Il m'est impossible de le visiter aujourd'hui; mais on m'apprend qu'il a vomi en une fois environ un plein verre de matières épaisses et jaunâtres; qu'il y a eu deux selles; que la veille, peu après mon départ, il a uriné une petite quantité d'un liquide qui leur a semblé du sang pur, et que la même miction s'est reproduite deux fois dans la journée. On me montre cette urine, qui mousse sur les bords, et est d'un rouge de *roucou* foncé; il y en a un demi-litre environ. Enfin, les nuits ont été bonnes et les journées meilleures que les précédentes. A peine y aurait-il un peu de céphalalgie sus-orbitaire, et quelques vertiges quand il se lève pour aller à la garde-robe.

Le 2 : Amélioration de la plupart des symptômes. Ainsi, l'état saburral est moins prononcé, la bouche moins mauvaise; l'appétit reparaît, les vomissements ont cessé, les douleurs disparu; le sommeil renaît, la rougeur du visage s'efface, et pourtant, si bien éveillé qu'il paraisse, dès que son attention cesse d'être tenue en haleine pendant quelques minutes, il tombe dans une sorte de somnolence stertoreuse; mais, à la moindre parole, il se réveille tout d'un coup.

Autre contraste plus singulier encore et qui n'est point lié à l'anémie des centres nerveux, laquelle doit être notable à en juger par le pouls insensible, oscillant, comme refluant : c'est qu'avec toutes ces sensations subjectives de mieux-être, le pouls demeure à 100 et la température à 39°6.

En présence de cette anémie aiguë, je prescris : 1° 2 grammes de perchlorure de fer dans de l'eau sucrée; 2° une potion avec 6 grammes extrait mou et 10 grammes teinture de quinquina; 3° enfin, la continuation de la quinine.

Le 3 : Même état de bien-être qu'hier, rien ne lui fait mal; il demande à manger, et il aurait bien dormi si on ne l'eût éveillé toutes les heures pour lui donner sa potion.

L'enduit saburral de la langue se détache par plaques. Il a vomi un peu de lait qu'il venait de prendre.

Hier, un quart de litre d'une urine d'aspect sanguinolent, déposant au fond du vase un enduit visqueux rutilant. Aujourd'hui, même quantité d'une urine plus noire, comme du café trouble et foncé. — T. 38°4; P. 80, plein et régulier; moiteur légère.

Même potion qu'hier, et continuation du perchlorure. De plus, lim. Rogé, pour combattre la constipation.

Le 4 : Même état; la langue est complètement dépouillée; pourtant, la constipation résiste et il a eu hier et aujourd'hui deux mictions d'aspect franchement sanglant. De plus, la peau est aride, les mains me paraissent, ainsi que le visage, très légèrement *lavées* de jaune pâle,

---

vaste champ de l'inconnu. Il s'agit de l'*expédition de la Jeannette*, partie dans le but de trouver un passage dans le nord de l'Europe et de l'Asie, et qui s'est perdue dans les glaces de ces affreux parages. On sait que la *Jeannette* ayant été abandonnée par son équipage, celui-ci s'est divisé en trois corps, dont deux sont parvenus à gagner les villes de la Sibérie où ils ont reçu l'accueil le plus sympathique. Le troisième corps, sous la direction du capitaine de l'expédition, n'avait donné aucun signe de vie, et on pensait qu'il avait péri dans son voyage de retour. De récentes nouvelles confirment cette opinion.

On écrit en effet de Yakoustk à la *Gazette de Sibérie* que les cadavres de M. Delong, capitaine de la *Jeannette*, du docteur Ambier et des huit matelots qui les accompagnaient ont été retrouvés par M. Melville sur un banc de sable désert de l'archipel de la Léna. L'examen des cadavres a établi d'une manière incontestable que les infortunés sont morts de faim et de froid. Tous les cadavres étaient déchaussés et les restes de nourriture trouvés dans un chaudron prouvent qu'ils se nourrissaient, les derniers temps, de pousses d'arbrisseaux et de cuir de leurs bottes. Le banc de sable où l'on a retrouvé les cadavres était inconnu aux indigènes et se trouve à 100 verstes (la verste vaut un peu moins d'un kilomètre) au nord du premier centre habité, qui est le village de Koumaksourka. Les notes trouvées sur Delong font croire que sa mort et celle de ses derniers camarades d'infortune a eu lieu le 18 octobre 1881. Les cadavres ont été placés dans un grand cercueil commun, en planches, et enterrés à un endroit qui porte le nom de Kenout, et qui est situé à 270 verstes en aval de Bouloun, sur la rive gauche de la Léna. Une croix en bois a été placée sur la tombe.

***

Vous rappelez-vous, chers lecteurs, la première causerie de Simplissime? Il est probable que

la rougeur reparaît par instants et la température est remontée à 40°, comme le pouls à 100.

Je redonne 0 gr. 60 de sulfate de quinine et fais ajouter à la potion de ces deux derniers jours 2 grammes 50 d'alcoolature d'aconit.

Le 5 : Hier, après un lavement drastique, il a eu deux selles très abondantes et deux mictions comme celles d'hier, café foncé. Chauffée, cette urine présente de l'albumine, mais disposée en gros grumeaux et en filaments très blancs et très cohérents, absolument comme de l'albumine d'œuf coagulée. — T. 39°4; P. 84.

Même potion. En outre : 4 grammes de bromure de potassium.

Le 6 : Il continue de se trouver bien, cependant il accuse un peu de céphalalgie et de point de côté splénique. S'étant levé pour une garde-robe, il est pris d'étourdissements et on le recouche presque sans connaissance et avec des battements dans les tempes atrocement douloureux.

Une selle; urine un peu moins colorée hier, mais il en rend, en ma présence, qui est littéralement noire. Il a bien dormi, mangé deux œufs, bu beaucoup de lait. — T. 39°; P. 84.

Même potion et continuation des 4 grammes de bromure.

Le 7 : Même état; sueur légère; T. 39°2; P. 80. Voyant l'état général si peu en accord avec la température, je laisse ajouter un peu de soupe au régime ordinaire.

Le 9 : Pas de selles depuis trois jours; même état; urines de coloration brunâtre, près d'un litre. — T. 37°6; P. 80.

Lavements évacuants (empiriquement, pour tacher de modifier le tissu du rein) et 1 gr. 50 d'essence de térébenthine par jour, à continuer pendant quelques jours.

Le 11 : Deux selles moulées, argileuses. Fait du plus haut intérêt, depuis que la température se maintient à la normale, les urines tendent aussi à redevenir normales, car aujourd'hui je les trouve à peine teintées de brun; le fond du vase s'aperçoit et aucun sédiment n'y est déposé.

La matité de la rate est beaucoup moins étendue que les premiers jours; elle dépasse cependant encore un peu la normale. — T. 37°4; P. 84.

Térébenthine, perchlorure de fer et permission de se lever.

Le 14 : L'urine d'hier, considérée en masse, est à peine rosée; en petite quantité, elle est de couleur tout à fait normale, et celle d'aujourd'hui encore plus limpide que celle d'hier.

Une selle moulée, argileuse, parfaitement blanche. L'état général demeure bon. — T. 37° ; P. 80.

Térébenthine, arséniate de fer et extrait de quinquina.

Le 18 : Je le revois encore une fois. Il se lève tous les jours plusieurs heures, mange et dort bien, va à la selle et rend, depuis le 15, un volume normal d'urines parfaitement claires quand elles sont reposées; au moment de l'émission, elles sont troublées par un sédiment blanchâtre si abondant qu'il fait une sorte de boue. Une certaine quantité en ayant été traitée par évaporation jusqu'à siccité, je trouve 125 grammes de résidus fixes par litre.

---

non. En tout cas, j'y parlais de l'hypothèse qu'un jour pourrait venir où, pour hypnotiser ses patients, un dentiste de l'avenir pourrait annexer à son cabinet une salle de danse où à force de tourner en valsant les patients s'anesthésieraient assez pour qu'on pût leur arracher une dent sans douleur. Eh bien, je crois que le moment est arrivé.

Les journaux nous racontent en effet qu'une femme dentiste, opérant à Québec, est entrée dans la voie de progrès que nous indiquions. Seulement elle a mal débuté, car elle a déjà trouvé moyen de se mettre à dos les autorités du pays. Pour étouffer les cris de ses patients, la dentiste a attaché à son établissement tout un orchestre ambulant, qui joue des danses variées pendant les opérations. Cette musique gêne, à ce qu'il paraît, les travaux des employés de l'Hôtel de Ville et du Palais de Justice de cette localité.

On va plaider !

***

Je pense que les journaux dits littéraires ou politiques sont fort embarrassés pour remplir leurs colonnes pendant les vacances des Chambres.

Ce beau diagnostic m'a été inspiré par la lecture de plusieurs de ces susdits journaux qui, depuis quelque temps, font une incursion immodérée dans le champ de la médecine. Voyez, par exemple, un numéro du *Voltaire* que j'ai sous la main. Ce spirituel journal nous apprend d'abord qu'il y a un grand arrivage, à Lourdes, de goîtreux, gâteux, teigneux, galeux et scrofuleux, par le train dit des infirmes, probablement par analogie avec le train qui amène le samedi à Trouville les maris retenus à Paris pendant la semaine, et qui, pour cette raison, est appelé le train jaune. Puis une chronique de Luchon, la reine des eaux des Pyrénées, dont

La convalescence est longue, mais régulière, et, particularité bien digne d'intérêt, revu quelques mois plus tard, il me dit ne pas avoir éprouvé depuis sa maladie ces crises splénalgiques (?) si atroces, qui le prenaient tous les mois et se terminaient par l'hématémèse dont j'ai parlé en commençant.

Réflexions. — Ce cas ne pourrait guère être confondu, je crois, qu'avec une fièvre accompagnée d'hématurie, ou avec l'hémoglobinurie dont Mesnet et du Cazal ont récemment publié de si remarquables observations. Mais ce n'est pas de l'hématurie, car mon confrère le docteur Burot, à qui j'avais envoyé un échantillon d'urine à examiner, m'écrivait : « Au microscope, pas de cellules épithéliales, pas de tubes épithéliaux; je n'ai pas remarqué de globules sanguins. La préparation était remplie de cellules arrondies, très petites, semblables aux cellules embryonnaires, et que je considère comme des micrococcus, car il m'a semblé qu'elles étaient contenues dans des tubes. »

Ce n'est pas davantage de l'hémoglobinurie, si l'on s'en rapporte à la marche de la maladie et à la continuité de l'urination rouge ou brune tant que la fièvre dura.

Il ne resterait donc de diagnostic possible que celui de la fièvre mélanurique, telle qu'on l'observe dans certaines contrées exotiques, au Sénégal en particulier. Je dois avouer tout de suite que le docteur Burot, médecin de 1re classe de la marine, ayant séjourné au Sénégal, ne me paraissait qu'à demi persuadé de la légitimité de ce diagnostic ; pourtant il n'y faisait pas trop d'opposition.

Ne faut-il pas faire, en effet, la part du climat et admettre que la même maladie observée en Afrique et en France peut avoir, en dehors des grands symptômes communs, une physionomie différente ?

Il y a bien quelques traits dans la description que fait Bérenger-Féraud de la fièvre mélanurique du Sénégal, qui ne se retrouvent pas chez mon malade; mais, est-ce que tous les cas peuvent prétendre à être complets ? Faut-il exiger, par exemple, les accidents de paludisme antérieur et invétéré que présenteraient, comme antécédents nécessaires, les victimes de la fièvre mélanurique ? Mon malade, je l'avoue, n'aurait jamais présenté, au dire de ses parents, que cette splénalgie et cette hématémèse dont j'ai déjà parlé.

Mais, si cette prédisposition manque, la réalité ou la nature paludéenne de ces accidents curieux étant contestées, cependant plusieurs traits sont communs à l'histoire de la fièvre sénégalaise et à cette observation. Je citerai, entre autres,

---

j'extrais quelques glanes, car elles sont relatives aux propriétés plus ou moins médicales de ces eaux.

Vous croyez que ces eaux sont faites pour les infirmes, vous, médecins. Eh bien, vous vous trompez. Celles de Luchon sont excellentes pour les gens qui se portent bien. D'abord, elles sont un lieu de distraction, ce qui est excellent pour le corps et pour l'esprit ; puis elles vous fournissent l'occasion de monter à cheval, ce qui est encore excellent ; les personnes qui ne montent pas à cheval ont la ressource de voir se baigner les autres, qui se disent infirmes, mais se portent comme le Pont-Neuf, et qui ne paraissent pas craindre l'influence des bains sulfureux, des douches ascendantes et descendantes, des pulvérisations, des inhalations, des bains d'étuves et de piscines auxquels il se sont volontairement condamnés.

Il paraît qu'il y a, à Luchon, un tambourineur de M. le Maire, dont la principale occupation paraît être de crier « l'objet magnifique » perdu par Mme ***. Mais on n'a pas d'exemple qu'on ait retrouvé cet objet-là. Les eaux de Luchon, dit notre confrère, ont cependant des vertus extraordinaires. Si elles ont tant de vertus, c'est que probablement celles des habitants sont venues se dissoudre dans leurs ondes, ce qui fait qu'ils n'ont plus même celle de restituer les objets perdus.

***

Cette plaisanterie sur les eaux de Luchon est un reflet des opinions qu'on a en général dans le monde sur les eaux minéro-thermales ou non thermales. On se figure trop communément qu'elles ne sont bonnes qu'à distraire les personnes qui y vont. C'est une erreur. Les eaux minérales ont des propriétés très actives, et quand elles ne font pas de bien, le plus souvent elles font du mal. Il n'est donc pas indifférent d'aller à une station plutôt qu'à une autre, suf-

les vomissements bilieux du début, et l'intolérance de l'estomac qui persista longtemps; la coloration porto, café trouble, chocolat, ou franchement sanglante de l'urine; la douleur de reins, bien qu'elle n'ait duré qu'un jour ou deux; la teinte subictérique, bien qu'excessivement légère, qui a occupé le visage, les sclérotiques et plus tard les mains et la poitrine; la décoloration des selles; le degré de la fièvre; les caractères du pouls; l'anémie rapide; les urines boueuses des premiers jours de la convalescence et la lenteur extrême de celle-ci; enfin et surtout l'apparence pseudo-sanglante des urines. N'en voilà-t-il pas assez pour justifier le diagnostic de fièvre bilieuse mélanurique?

Mais quelle est la cause de cette mélanurie? Pour Béranger-Féraud, elle serait due à la présence dans l'urine des principes colorants de la bile et des acides biliaires seulement. N'ayant consulté aucune autre autorité sur ce point, je ne puis rien avancer de plus; pourtant, *à priori*, je serais porté à croire que l'hémoglobine doit aussi contribuer à cette coloration de l'urine et que, dans ce cas notamment, qui a été bénin dans sa marche et ses symptômes, l'albuminurie provenait plutôt de la destruction de globules (partant, mise en liberté d'hémoglobine) que du caractère infectieux de la fièvre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. CHEVREUL présente à l'Académie le « Compte rendu de la séance publique annuelle de la Société nationale d'agriculture de France, tenue le 19 juillet 1882. »

Dans l'allocution qu'il a prononcée à cette occasion, comme Président de cette Société, M. Chevreul a cru devoir signaler les éléments qui ont été fournis à l'étude du phénomène des cyclones, dès le commencement de ce siècle, par Joseph Hubert, l'ami et le continuateur de l'œuvre de Poivre, à l'île de la Réunion.

Un phénomène météorologique terrible porte la désolation dans l'île; cet ouragan, venant de la mer, a été longtemps inexpliqué. Hubert a, aujourd'hui, le mérite de l'avoir expliqué dix ans avant les savants anglais et allemands qui en Europe en ont fait la première mention. Hubert a parfaitement vu qu'il est le produit de deux vents différents, animés à la fois d'un mouvement de rotation et d'un mouvement de translation. Cette conclusion est celle d'un juge compétent, M. Faye, qui a consigné son opinion motivée dans la lettre suivante :

---

vant qu'on s'y amuse plus ou moins, à moins que ce ne soit pour s'y amuser et non pour s'y hydrothérapeutiser. Dans ce cas, nous sommes tout à fait de l'avis de cette dame qui disait à son amie intime : « Cette année, j'irai où tu voudras, peu m'importe, et, si tu veux, nous irons aux eaux de Botot, c'est très bon pour la bouche, à ce qu'on dit. »

***

De cette eau de Botot à la nouvelle à la main suivante, donnée par le même *Voltaire*, il n'y a qu'un pas. Franchissons-le donc.

Madame Schlomé Grumpir, qui a récolté le cassis de son jardin, confectionne une liqueur quelle trouve exquise; — amour-propre d'auteur.

Elle a voulu faire goûter ce cassis à ses invités, qui font la grimace, mais qui n'osent rien dire; seul le mari (l'imprudent !) prend la parole :

— Mais c'est épouvantable, ce que tu nous donnes-là. Ça sent l'eau dentifrice.

— Vraiment, tu es le seul à dire ça; qu'est-ce qu'il y manque donc ?

— Une brosse à dents.

***

Tournons la page. Nous voyons alors, sous la rubrique : « Les drames de l'amour », l'histoire d'une plaie de poitrine par balles de revolver, chez une belle jeune fille de 17 ans, abandonnée par son amant. Plus bas, le titre : « Singulier cas d'atavisme » nous attire. Il s'agit d'un homme qui, se trouvant dans les meilleures conditions de famille et de fortune pour être heureux, se donna la mort en s'ouvrant la poitrine à coups de rasoir. Aucune cause ne put faire connaître le motif de cet acte; mais on apprit que c'était une question d'héré-

« Paris, le 28 juin 1882.

« Mon cher et très respecté Confrère,

« Vous avez bien voulu me demander mon avis sur l'opinion qui attribue à Hubert la première idée de la loi du cyclone.

« Après avoir pris connaissance des documents contenus dans le livre que vous m'avez apporté, je tiens pour certain que Hubert avait, dès avant 1788, reconnu le caractère gyratoire des cyclones et qu'il les assimilait à des trombes gigantesques.

« Ces idées n'ont surgi en Angleterre que beaucoup plus tard, en 1801, à en juger par les écrits d'un certain colonel Capper, au service de la Compagnie des Indes.

« Les mêmes documents montrent qu'en 1818 Hubert était arrivé à la formule complète et correcte qui exprime le double mouvement de gyration et de translation des cyclones, longtemps avant Dove, par conséquent, dont les travaux sur les ouragans d'Europe sont postérieurs de dix ans.

« Pour moi si j'ai occasion jamais de revenir sur ces questions, je me croirai obligé de rendre justice à qui de droit, c'est-à-dire à cet ingénieux observateur qui le premier a su reconnaître, dans les plus effroyables tempêtes qui sévissent sur son île, des lois d'une géométrie si remarquable, lois qui ont servi de base à tout ce qui a été écrit plus tard à ce sujet. »

M. J. Lichtenstein adresse une note intitulée : *Quelques observations sur les phylloxeras de la Savoie.* (Renvoi à la Commission du phylloxera.)

« Dans la dernière note que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, j'ai établi qu'une température constante d'environ 30° amène une évolution rapide du phylloxera et détermine l'apparition de nombreux ailés; je me réservais d'étudier postérieurement l'effet contraire, c'est-à-dire le ralentissement de cette évolution pour une température plus basse. Profitant pour cela d'un séjour à Aix-les-Bains et d'un été froid et pluvieux, j'ai cherché à me rendre compte du développement du phylloxera en Savoie et dans l'Hérault. La différence est énorme.

Tandis que, dans l'Hérault, nos phylloxeras printaniers, soit qu'ils proviennent de l'œuf fécondé (pseudogynes fondatrices), soit qu'ils proviennent des jeunes hivernants (pseudogynes bourgeonneantes), commencent à circuler et à chercher une bonne place pour s'y fixer dès la fin de mars ou les premiers jours du mois d'avril, ce n'est guère qu'à la fin de mai ou dans les premiers jours de juin que ces mêmes formes s'agitent en Savoie.

Dans le Midi, de cinq en cinq jours, ces petits pucerons muent ou éclosent; chaque trente jours environ, une génération bourgeonnante nouvelle s'ajoute à celles qui l'ont précédée. Aussi, dès le mois de juin, tout grouille d'insectes de tout âge : aïeules, mères et sœurs confondues.

En Savoie, sans avoir pu en avoir la preuve matérielle, je crois pouvoir affirmer que

---

dité. En effet, le père, le grand-père et un des frères du suicidé étaient morts volontairement comme lui.

Vient ensuite un cas de mort subite attribué à une congestion pulmonaire, mais que je crois moi être de la congestion cérébrale. Mais un rédacteur du *Voltaire* peut s'y tromper; tant de nos confrères font de même! Du reste, notre confrère ne fait que citer le rapport médical rédigé sur ce cas.

Un autre numéro contenait un article sur le dieu beefsteak, qui n'aurait pas été déplacé dans un journal de médecine. C'était une critique fort vive de la mode absurde qui consiste à faire boire aux jeunes filles dites anémiques un verre de sang fumant, tiré des veines d'un animal qu'on égorge séance tenante. Cette pratique a pour but de rendre au sang du patient les globules qui lui manquent; mais on sait que les globules ne se forment pas de cette manière, et notre confrère fait remarquer avec raison qu'un excellent beefsteak saignant est bien préférable à cette boisson nauséabonde.

Donc les journaux politiques deviennent des succursales des journaux médicaux. Faut-il les en blâmer? Oui, quand les articles sont rédigés par des écrivains qui ne connaissent pas le premier mot de ce qu'ils disent, comme j'en ai cité des exemples dans une précédente causerie. Non, quant ils sont écrits sous une forme qui permet à ceux mêmes qui ne sont pas compétents de comprendre, quand il s'agit de combattre un préjugé absurde comme celui de boire du sang, de se baigner dans le sang; non encore quant il s'agit de mettre au courant des questions de médecine pratique, d'hygiène journalière, des profanes qui peuvent en tirer un bon parti. Alors, merci à nos confrères de la presse extra-médicale, d'autant plus que, toutes choses égales d'ailleurs quant au fond, ils ont en général à leur service une forme beaucoup plus agréable et spirituelle que la nôtre. N'est pas spirituel qui veut!

chaque mue est séparée de la précédente par un espace de vingt à vingt-cinq jours. En effet, au mois d'août, je ne trouve que de grosses pseudogynes solitaires, toutes de la même taille, ce qui indique une naissance simultanée; toutes pondent d'énormes tas d'œufs, ce qui, d'après M. Balbiani, indique des insectes de première génération, puisque ceux qui viennent après ont des pontes toujours plus faibles. Mais que sont ces *cent cinquante ou deux cents* œufs qui peuvent entourer une pseudogyne en Savoie au 15 août, quand à la même époque le phylloxera de Montpellier, né à la fin de mars et se reproduisant en moyenne par trente œufs, de mois en mois, nous donne *vingt-quatre millions* de petits!

Cette différence inouïe explique tout naturellement pourquoi, quoique attaqués depuis huit ou dix ans, la Suisse, la Savoie, et en général tous les pays où la température restera fraîche et au-dessous de 20° à 25° en été, se défendront facilement contre un ennemi qui se multiplie si peu.

J'ajouterai que je n'ai pu trouver encore ni nymphe ni insecte ailé en Savoie; tandis qu'ils sont abondants à Montpellier.

Mais je n'ignore pas qu'un fait exceptionnel, comme celui d'un mois de juillet très froid, ne peut pas être accepté comme règle; le contraire peut aussi se présenter; une série de jours chauds fit apparaître, je crois, à Mancey, il y a quelques années, des nuées d'insectes ailés.

Ces exceptions ne font du reste que corroborer la règle naturelle, qui me paraît être que l'évolution phylloxérienne peut varier, dans sa durée estivale, de trente jours à quatre mois, selon la température; qu'une température de 30° permettra à cette évolution de s'effectuer dans l'espace d'un mois, tandis qu'une température de 20° fera du phylloxera un insecte à une seule génération par an, relativement peu dangereux.

J'ai profité de mon séjour en Savoie pour observer aussi le Phylloxera du chêne. J'ai bien vite reconnu que cette espèce est très différente de notre *phylloxera quercus* du Midi, et qu'elle se rattache à une espèce que j'ai signalée il y a une dizaine d'années sous le nom de *Phylloxera punctata* comme propre à la Suisse.

Cette espèce vit sur le *Quercus pedunculata*, chêne à feuilles glabres. Elle se distingue, à première vue, par les taches ou marbrures rouges qui ornent son corps, mais elle est surtout très remarquable au point de vue biologique. En effet, la pseudogyne pupifère, qui pond actuellement des pupes de deux dimensions, d'où sortent des sexués mâles et femelles sans rostre est aptère, tandis qu'elle est ailée chez la plupart ou même chez tous les autres, sauf une seule exception.

La famille des phylloxériens compte actuellement en France sept espèces très bien caractérisées, en dehors de leurs caractères plastiques, par leurs caractères biologiques; si nos observations dans le Midi n'ont pas toujours concordé avec celles de nos collègues de la capitale, c'est que nous n'observions pas le même insecte; à Paris, c'est le *phylloxera coccinea*; à Montpellier, le *phylloxera quercus*; à Aix, le *phylloxera punctata*. J'espère être bientôt en état de publier une monographie complète de cette famille de Protées, dont chaque espèce a une évolution biologique différente. Il en est de même chez plusieurs groupes de pucerons. »

---

*
**

Voici l'ouverture de la chasse, chers lecteurs, et peut-être allez-vous vous livrer à ses douceurs et à ses fatigues. Permettez-moi de vous citer à ce sujet le comble de la prudence pour un chasseur qui craint la rage.

— C'est de museler les chiens de son fusil.

Si ce moyen prophylactique vous paraît efficace, rien ne vous empêche de le recommander à ceux de vos clients qui aiment la chasse.

SIMPLISSIME.

GRANULES D'ACONITINE CONTRE LA NÉVRALGIE FACIALE. — A. DUMAS.

Dans les névralgies du trifacial, dans les névralgies congestives dues à un refroidissement, dans la migraine, quand elle n'est pas sous la dépendance immédiate d'un état gastrique, l'auteur recommande l'emploi de l'aconitine cristallisée de Duquesnel. Il la prescrit sous forme de granules dosés au quart de milligramme d'alcaloïde, ou au demi-milligramme de nitrate d'aconitine. La dose totale quotidienne varie suivant les cas et la susceptibilité des malades. Dans la plupart des cas de névralgie faciale, on commence par trois ou quatre granules le premier jour, on arrive ensuite à 5 ou 6 granules, qu'on continue les jours suivants. — Dans certains cas de névralgie très rebelles, les doses moyennes étant insuffisantes, et les doses élevées mal tolérées, on est obligé de renoncer à l'emploi de l'aconitine. — N. G.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mai 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine. La *Revue des travaux scientifiques*, tome II, n° 4 (1881).

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du docterur Godleski, de Neuilly, qui envoie à l'appui des candidatures au titre de membre correspondant une brochure intitulée : *La santé de l'enfant, guide pratique de la mère de famille*, et sa thèse inaugurale : *Étude sur le choléra; quelques considérations sur sa transmissibilité et sa prophylaxie.*

Une lettre du docteur Commenge, qui soumet à l'appréciation de la Société une *Étude sur le traitement à domicile des malades du bureau de bienfaisance dans le 4e arrondissement, en* 1879.

Une lettre de M. Camuset, membre correspondant, qui offre à ses collègues une brochure portant pour titre : *Angiome caverneux capsulé de l'orbite, opéré avec conservation du globe oculaire et restitution de la vision.*

Une lettre de M. le docteur Rougier, de Marseille, qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie, à l'appui de sa candidature, une brochure sur la résistance vitale de la femme aux maladies, avec deux nouvelles observations et un long manuscrit ayant pour sujet l'étude des virus.

MM. Dubuc, Budin, de Robert de Latour s'excusent par lettres, de n'avoir pu assister à la séance supplémentaire du 6 mai.

M. le Président nomme MM. Marchal, Fraigniaud et Antonin Martin, rapporteur, pour examiner la candidature du docteur Godlesky.

Une autre commission, composée de MM. Thorens, de Ranse et Delefosse, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du docteur Rougier, à la candidature de membre correspondant.

—

M. le Président dépose sur le bureau une proposition de modification au règlement signée de cinq membres, ainsi motivée, et datée du 6 mai :

A l'article 27 du Règlement, ainsi conçu :

« L'ordre du jour des séances consacrées aux questions administratives et professionnelles « sera fixé d'avance par le bureau, qui recevra, dans ce but, toutes les communications que « les *membres titulaires* lui adresseront par écrit, trois jours au moins avant la réunion de la « Société. *Les membres titulaires seuls* assisteront à ces séances. »

Nous proposons la rédaction suivante :

« L'ordre du jour des séances consacrées aux questions administratives et professionnelles « sera fixé d'avance par le Bureau, et envoyé *aux membres honoraires et aux titulaires sept* « *jours pleins avant la convocation.* Le président recevra toutes les communications que les « *membres honoraires et les membres titulaires* lui adresseront par écrit, trois jours au moins « avant la réunion de la Société. *Les membres honoraires et les titulaires* assisteront seuls à ces « séances.

« *Signé* : Duroziez, Reliquet, Charrier, de Beauvais, Rougon.

Une commission, composée de MM. Dubuc, Mathelin, Ladreit de la Charrière, Delasiauve, Forget, rapporteur, est chargée d'examiner cette proposition.

—

A propos de la candidature au titre de membre correspondant du docteur Godleski, la Société décide, après une courte discussion, que les médecins *habitant Paris* auront *seuls le droit de devenir titulaires*, malgré les précédents de l'admission à ce titre de MM. Christian et Marchal, habitant hors Paris, et en raison même de l'échange récent du titre de M. Lolliot, titulaire, contre celui de membre correspondant, échange accordé parce qu'il avait quitté Paris pour résider à Suresnes.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du procès-verbal de la séance extraordinaire du 6 mai.

Après cette lecture, la Société rentre en séance, et l'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'amputation du col.

M. Thevenot rapporte qu'il a eu l'occasion de faire huit fois l'amputation du col et il a eu 5 guérisons et 3 morts.

Sur les 5 guérisons, une malade a survécu 15 mois, une 1 an, une 6 mois, et les deux autres, après d'atroces douleurs plus prononcées que celles qu'elles avaieent avant l'opération, ont succombé après six semaines environ.

Cette statistique n'est pas encourageante et on peut lui en opposer d'autres dans lesquelles on voit des femmes survivre 2 ans, 3 ans et même 7 ou 8 années. Ces statistiques plus satisfaisantes justifieraient donc les chirurgiens qui entreprennent l'opération.

Je dois ajouter que, dans la statistique que je viens de rappeler, l'opération a été faite en abaissant l'utérus, et au moyen de l'écraseur de Chassaignac. Or, cette manœuvre d'abaissement préalable est très préjudiciable au succès de l'opération ; mais il est impossible de faire autrement quand on se sert de l'écraseur, afin que l'anse de la chaîne de l'instrument soit portée au delà des limites du mal.

L'opération avec l'anse galvanique constitue un progrès, mais il est presque impossible de se procurer en province un galvano-cautère qui fonctionne bien. Aussi je crois vous être de quelque utilité en vous présentant deux instruments construits par M. Aubry sur les indications de M. Despretz, de Saint-Quentin, qui par la disposition de l'anse métallique permettent d'opérer sans abaisser l'utérus.

Dans les cinq cas dont j'ai parlé, je n'ai pas eu d'hémorrhagie, et quand on agit lentement, comme je l'ai fait, on a de grandes chances d'éviter cette complication.

La section du cul-de-sac postérieur peut arriver à tous les chirurgiens. M. Polaillon a cité un cas où cela est arrivé, et il n'a pas eu d'accident.

Braün, de Vienne, sectionne le cul-de-sac volontairement, et il dit n'avoir jamais eu d'accidents.

D'autres chirurgiens ont eu cette complication, mais ils n'ont eu à la redouter que quand il y a eu en même temps une hémorrhagie.

Le désideratum serait de trouver une méthode qui oblitérât le cul-de-sac. On pourrait, à cet effet, employer la ligature élastique de Couty, au moyen de laquelle on n'aurait jamais à redouter la section du cul-de-sac postérieur.

En résumé, je crois que, quand le cancer est dans de bonnes conditions, on ne peut refuser aux malades le bénéfice de l'opération, et qu'il serait bon d'employer la ligature élastique pour éviter toutes les chances d'accident.

M. Thevenot présente les deux écraseurs construits par Aubry, dont il vient de parler.

M. Polaillon fait remarquer que M. Verneuil a réalisé les avantages de chaîne imaginée par M. Despretz, de Saints-Quentin, en fixant la chaîne de l'écraseur ordinaire sur un fil de fer malléable. Dans tous les cas, l'écraseur est supérieur au bistouri et au thermo-cautère, parce qu'il n'est pas besoin d'abaisser l'utérus pour s'en servir. Mais l'écraseur a l'inconvénient de produire des hémorrhagies.

L'anse galvanique a l'avantage de mettre à l'abri des hémorrhagies primitives, même dans les opérations sur la langue, et à plus forte raison par conséquent dans celles pratiquées sur l'utérus. Malheureusement l'anse galvanique, pas plus que les autres moyens, ne met pas à l'abri des hémorrhagies secondaires, car les caillots primitivement formés dans les vaisseaux peuvent se détruire au moment de la suppuration, et j'en ai cité deux exemples : dans l'un d'eux, l'écoulement de sang a pris d'inquiétantes proportions; dans l'autre, l'accident a été plus bénin.

M. Thevenot a soulevé la question de savoir si on ne pourrait pas faire la section avec un fil en caoutchouc. L'opération serait difficile et douloureuse. Le docteur Périer a employé se procédé pour enlever un utérus inversé irréductible. On a pu aussi sectionner ainsi le pédicule d'un polype. Mais avec ce procédé, il faut au moins huit jours pour que la section soit complète et on aurait fort à craindre les accidents de septicémie et à redouter des douleurs excessives.

L'amputation du col dans le cas de cancer n'est justifiée que lorsqu'on est bien certain de pouvoir appliquer la ligature au-dessus de la limite du mal. Cependant il est permis encore de tenter l'ablation dans certaines circonstances, non plus comme opération curative, mais comme opération palliative. J'ai ainsi débarrassé une femme âgée, d'un gros champignon à odeur fétide, qui donnait des hémorrhagies inquiétantes, et j'ai pu, en introduisant des flèches de pâte de cangouin dans le moignon du col, améliorer la situation de la malade et lui rendre l'espérance qu'elle avait perdue. M. Polaillon ajoute que dans une leçon clinique récente (*Gaz. des hôp.*, 6 mai 1882), M. Trélat a aussi préconisé l'emploi de flèches caustiques pour parfaire l'amputation qui ne paraissait pas avoir enlevé tout le mal.

M. Reliquet, qui examine l'instrument de M. Aubry, constructeur demande si cet instrument est supérieur au serre-nœud de Maisonneuve.

M. Thevenot répond que la courbe de l'instrument, la disposition de la chaîne rend l'instrument bien supérieur au serre-nœud.

M. Forget : Il faut que la chirurgie contemporaine ait bien modifié toutes choses, car les chirurgiens anciens se seraient abstenus de faire des opérations dans des cas aussi scabreux que ceux qu'on vient de rappeler, et ils ne se seraient pas permis de les pratiquer pour éviter les légers inconvénients qu'on nous signalait tout à l'heure. La saine doctrine était de s'abstenir des opérations, quand on était certain de ne pas guérir la malade, et surtout dans l'impossibilité d'enlever la totalité du mal. Aujourd'hui on nous parle d'opérations palliatives, d'opérations d'attente. Est-on bien sûr, en agissant ainsi, de ne pas abréger les jours de la malade ? Je pense donc qu'il faut repousser les opérations dans les cas de cancer avéré de la matrice ; et les faits que nous a rapportés M. Thevenot sont en faveur de l'ancienne opinion que j'avance, car les résultats ne sont pas satisfaisants.

On a bien parlé de la question de *survie*, mais ce mot est mauvais, et ce qu'on entend par-là n'est pas bien défini. Qui vous dit que la malade que vous opérez n'aurait pas vécu plus longtemps si vous l'aviez laissée à elle-même. Je suis donc d'avis de ne point opérer les cas incurables, malgré l'ingéniosité des procédés opératoires dont on vient de nous entretenir. Je ne peux m'empêcher de faire remarquer que, si le galvano-cautère prévient l'hémorrhagie primitive, il expose à l'hémorrhagie consécutive, ainsi que M. Polaillon l'a observé plusieurs fois chez ses opérées.

M. Polaillon : La communication que j'ai faite a précisément pour but de réagir contre la manière de faire des chirurgiens étrangers, qui veulent enlever par le vagin ou par l'abdomen l'utérus carcinomateux. Cette opération, indiquée avec réserve par Récamier, a été remise en honneur par les chirurgiens étrangers. Je combats leur manière de faire. Mais si on opère un cancroïde du col au début, on a les plus grandes chances de guérir la malade ; c'est seulement ce que j'ai voulu dire.

Il est bien évident qu'il faudra s'abstenir, si l'affection a envahi les parois péritonéale ou vaginale.

Cependant, si la malade a des douleurs et des sécrétions infectes, et si elle est menacée d'hémorrhagies, on peut souvent par une opération bénigne amoindrir et combattre ces accidents. Vous faites, me direz-vous, pour prévenir une hémorrhagie, une opération qui elle-même expose à cet accident. Cela n'est pas exact, car les chances d'hémorrhagie sont bien moins grandes après la cautérisation qu'elles n'étaient auparavant, et, si elle se produit, on peut l'arrêter avec des flèches de chlorure de zinc et le tamponnement.

Quant à la question de survie, je ne puis la préjuger exactement, mais nous soulageons considérablement les malades par une opération palliative, ce qui est déjà un très bon résultat. Il y a une grande distinction à faire entre le cancer de l'utérus et celui de la langue. Dans ce dernier, une opération palliative qui supprime la langue rend la vie plus insupportable qu'auparavant. Il n'en est pas de même quand on agit sur l'utérus, où l'opération, même palliative, donne à la malade un bien-être momentané.

J'ai pu, par des ablations et des cautérisations palliatives, permettre à une jeune femme de terminer l'allaitement de son enfant. Une autre femme, qui était péniblement arrivée sur un brancard dans mon service, a pu s'en retourner à pied et reprendre ses occupations en retournant chez elle.

M. Forget : Je demanderai jusqu'à quelle limite peut-on porter l'exérèse sur le col utérin. Lisfranc avait estimé qu'il ne fallait pas remonter en arrière au delà de six lignes, mais ses mesures ont été contestées.

M. Polaillon : Je suis embarrassé pour vous répondre, car cette limite n'est pas la même pour tous. Le point important est de ne pas dépasser, en avant ou en arrière, le point d'insertion de la muqueuse vaginale.

M. de Ranse demande si, dans le cas rapporté par M. Polaillon, il n'aurait pas mieux valu conseiller à la mère de sevrer son enfant.

M. Polaillon : Je ne le crois pas, car il n'est pas prouvé qu'un sujet qui n'est pas encore complètement infecté de cancer puisse transmettre l'affection par son lait. De plus, cette femme n'avait aucune possibilité de donner une autre nourrice à son enfant.

— La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

Le Secrétaire annuel, Dr Henri Bergeron.

BIBLIOTHÈQUE

Lésions des artères de la jambe, par M. le docteur Vigen, Bordeaux; Crugy; 1882.

Cette thèse, soutenue devant la Faculté de Bordeaux, est une bonne monographie des lésions des artères de la jambe. L'auteur étudie les anévrysmes, les blessures sans fracture ou accompagnant les fractures, les contusions et la gangrène, les tumeurs sanguines et enfin les lésions traumatiques ou opératoires. Ces chapitres sont précédés d'un bref exposé anatomique. — C. E.

Précis d'auscultation, par M. le docteur Coiffier (du Puys). — Paris, J. Baillière; 1882.

Résumé des signes morbides que fait reconnaître l'auscultation des organes profonds, ce petit livre sera remarqué par l'originalité de la méthode qui consiste à représenter les bruits morbides par des signes conventionnels sur des schemas du poumon. L'auteur indique ainsi la nature du bruit ainsi que le siège, l'étendue et la marche des lésions aux périodes diverses de la maladie. Cette tentative a le mérite de la nouveauté, et est une sorte de memento d'auscultation. — Ch. E.

Contribution a l'étude de la valeur séméiologique des écoulements uréthraux, par M. le docteur Bonnamy, — Paris, 1882; Delahaye.

Résumé des faits déjà acquis sur cette question; cette thèse donne des détails nombreux sinon absolument complets, sur l'examen clinique des écoulements uréthraux. A ce point de vue, elle peut être utile à connaître. — C. E.

Conseils aux jeunes mères et aux nourrices pour éviter la mortalité fréquente des enfants en bas âge, par M. le docteur Girault. — Paris, 1882; Delahaye.

Répondant aux désirs souvent exprimés par les Sociétés savantes, cet opuscule a été conçu au point de vue pratique. Il a pour but de rendre usuelles des pratiques trop souvent omises dans l'hygiène des nourrissons. Bien observées, elles atténueraient certainement la mortalité effrayante des nouveau-nés. Cette brochure est donc avant tout une œuvre sociale. — Ch. E.

COURRIER

Concours. — Le jury du concours pour les prix de l'internat (médaille d'or et médaille d'argent), qui commencera le 3 novembre prochain, est ainsi constitué : MM. Oulmont, Guyon, Bucquoy, Horteloup, Richelot, Hutinel, Moizard.

Rafflesia Arnoldi. — La fleur de la *Rafflesia Arnoldi* n'est peut-être pas la plus grande de toutes celles qui existent sur la terre. M. Boussenard a vu dans un marais immense (savane tremblante du haut Maroni, Guyane française) des échantillons de *Victoria Regi*, dont la fleur mesurait généralement de 1 mètre à 1^{m},15 de diamètre. Si la grande nymphæacée des forêts vierges du nouveau monde peut lutter avec avantage, comme volume, avec la fleur du parasite géant des îles Indo-Malaises, elle ne lui est pas inférieure en éclat et en fraîcheur. Il y a peut-être injustice à donner le premier rang à ce végétal baroque, fort judicieusement dénommé par les Malais « arbre sans tige » ; sans rappeler, au moins pour mémoire, l'admirable nymphæa dont la grâce égale la grandeur. Quant aux huit ou dix litres d'eau que renferment comme dans une vasque les pétales de la *Rafflesia Arnoldi*, on ignore si les familiers du musée berlinois en feront leurs délices, à titre de curiosité, bien entendu. Même pour un voyageur altéré, ce produit de sécrétion, tiède, nauséeux, saturé de débris de cellules végétales, habité par des myriades de petits vers rouges, est d'une absorption dangereuse peut-être, répugnante à coup sûr. M. Boussenard en a essayé, ainsi que du liquide contenu dans le réservoir du *Nepœthis distillatoria*, c'est absolument écœurant. Heureusement que l'eau des rivières n'est pas rare sous les grands arbres des forêts vierges de Sumatra, de Java, ou de la région équatoriale sud-américaine.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CAFÉINE DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR (1)

(THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE),

Par le docteur Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon.

On rencontre souvent dans la pratique des cas où la digitale, qui paraissait cependant nettement et scientifiquement indiquée, ne produit pas tous les effets que l'on attendait de son emploi, ou produit même des effets contraires à ceux que l'on se proposait d'obtenir. Récemment encore on a entendu au sein de la Société de thérapeutique des communications fort intéressantes au sujet des indications de la digitale dans les maladies du cœur et de l'aorte. Sur ce point, des opinions contradictoires ont encore cours dans la science, et je ne serais pas étonné pour ma part que cette divergence de vues fût en grande partie due à l'idée inexacte que l'on se fait de l'asystolie. Je pense, en effet, qu'il n'y a pas *une* asystolie, mais qu'il y a *plusieurs* asystolies, et qu'il n'y a pas par conséquent *un seul* médicament cardiaque, mais *plusieurs* médicaments cardiaques dont il est nécessaire de bien étudier et connaître les indications. C'est un point que je me propose de développer devant vous à une prochaine séance. Je me bornerai aujourd'hui à vous dire quelques mots de l'emploi de la caféine dans les affections du cœur.

Si la digitale est impuissante dans la dernière période de l'asystolie caractérisée par une sorte de parésie cardiaque (ou *cardioplégie* de Gubler), si elle est contre-indiquée dans la plupart des affections aortiques, si elle est nuisible même dans presque tous les cas de dégénérescence graisseuse du cœur et dans les *fausses* asystolies des maladies rénales, il est nécessaire d'avoir recours à d'autres médicaments qui, par leur rapidité et leur innocuité d'action, par l'absence de leurs effets accumulateurs, peuvent, dans certaines conditions, rendre de grands services. De ce nombre se trouve la caféine, dont j'ai étudié l'action depuis plusieurs années. N'attendez pas cependant de moi que je vous pose déjà nettement les indications précises de ce médicament. Je ne les connais pas encore complètement, et je me borne à vous faire dès le début cette déclaration, qui manque, je le sais, de précision scientifique ; quand, dans une affection cardiaque arrivée à la dernière période, tous les moyens auront échoué, quand la digitale, ce précieux médicament qui restera toujours le premier des médicaments cardiaques, sera devenue impuissante, pensez à la caféine, et vous pourrez peut-être dans certains cas, *en employant cet agent à doses massives*, — ce qui n'a pas été suffisamment compris jusqu'à ce jour, — vous pourrez, dis-je, triompher d'accidents graves et rebelles que vous aviez regardés comme désespérés. Vous voyez ainsi que les prétentions de la médication caféique sont plus que modestes ; elles ne vont pas jusqu'à la guérison de toutes les affections cardiaques, s'adressant à toutes les hypertrophies comme à toutes les dilatations du cœur, à la maladie de Corrigan comme aux affections mitrales, aux palpitations nerveuses comme aux palpitations organiques ; ce médicament n'est pas en résumé une panacée contre toutes les affections du cœur, et son rôle, pour être plus limité, est peut-être par cela même plus sérieux. D'un autre côté, il ne s'agit pas d'un remède nouveau, et dans le court historique que

(1) Communication à la Société de thérapeutique, séance du 26 juillet 1882.

je veux faire de son emploi en thérapeutique, je vous montrerai que j'ai eu d'assez nombreux précurseurs.

C'est en 1819 que l'alcaloïde du café a été trouvé par Runge, chimiste allemand. Mais, bien avant cette époque, le vulgaire café avait déjà été employé comme diurétique : en 1725, un Hollandais, Zwinger, l'avait préconisé dans les hydropisies ; en 1839, le *Bulletin de thérapeutique* publie une observation où il est fait mention des propriétés diurétiques de cette plante ; en 1846, Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, rapporte qu'il en a obtenu de bons résultats dans trois cas d'albuminurie. Pour la première fois, la caféine est employée dans une néphrite parenchymateuse par un éminent médecin russe, Botkin. En 1868, Méplain fait paraître une bonne thèse sur le café, et Leven publie dans les *Archives de physiologie* un travail sur l'action physiologique et médicamenteuse de la caféine. Vous n'avez sans doute pas oublié les communications de M. Gubler sur ce sujet à la Société de thérapeutique, communications où ce regretté et éminent collègue insistait particulièrement sur le pouvoir diurétique de la caféine. Dans l'une d'elles, il cite le fait d'une malade atteinte d'insuffisance mitrale et tricuspide avec œdème énorme des membres inférieurs, œdème pulmonaire considérable, et qui, à la suite d'une anurie presque complète, tomba dans un coma profond, devint cyanosée à l'excès, eut une respiration stertoreuse, un pouls petit et lent... On croyait la malade agonisante ; sous l'influence du citrate de caféine, à la dose de 75 centigrammes par jour en trois fois, la diurèse se rétablit, l'émission d'urine atteignit deux litres et demi par jour, les phénomènes comateux, l'œdème des membres inférieurs et des poumons disparurent (1). Je vous citerai plus loin une observation qui est presque la reproduction de celle-là.

Enfin, il est juste de rappeler que M. Jaccoud dans ses leçons de clinique médicale de l'hôpital de la Charité, que M. Dujardin-Beaumetz dans celles de clinique thérapeutique, mentionnent aussi l'emploi de la caféine, mais à des doses, selon moi, insuffisantes pour produire des effets sérieux et durables.

J'avais employé, pour ma part, bien des fois déjà ce médicament dans les affections cardiaques, lorsque j'ai eu connaissance d'une note d'un médecin américain, du docteur Milliken, sur « l'emploi du citrate de caféine dans l'hydropisie cardiaque » (2). Mais il est juste de dire que ces observations, au nombre de trois, ne sont pas absolument concluantes ; car dans la première observation, si le citrate de caféine, employé à la dose de 45 centigrammes par jour, a pu faire disparaître assez rapidement les symptômes d'hydropisie, la malade est morte quelques jours après ; et dans les deux autres, il est question, dans une affection du cœur compliquée d'anasarque et sans albuminurie « d'urines pâles et abondantes », ce qui ne se comprend guère dans la période vraiment asystolique des affections du cœur, et ce qui n'est pas, en tous cas, absolument confirmatif des propriétés diurétiques de la caféine.

Telles sont les rares observations relatées dans la science. En juin 1882, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* mentionnait les succès que j'obtenais dans mon service de l'hôpital Tenon à la suite de l'administration de la caféine, et je fus assez heureux de trouver un mois plus tard, dans une note de M. Lépine sur le même sujet (3), la confirmation presque complète des recherches que je poursuivais depuis cinq ans et que ce distingué collègue ne devait certainement pas connaître.

Je pourrais citer une quinzaine d'observations dans lesquelles la caféine a produit des résultats excellents, supérieurs à la digitale ; mais, outre que cette énumération serait fastidieuse, elle ne vous apprendrait rien de plus que le cas suivant observé très attentivement par moi depuis plus d'un an :

Une femme, âgée de 45 ans, entrait dans mon service l'an dernier, à l'hôpital Tenon. Emphysémateuse depuis longtemps déjà, ayant eu quelques légères attaques

(1) Société de thérapeutique, séance du 28 novembre 1877.
(2) *Philadelphia medical Times*, 25 février 1882, vol. XII, n° 372, p. 344.
(3) *Lyon médical*, n° 29, 16 juillet 1882, p. 361.

de rhumatisme, elle présentait les signes indéniables d'un rétrécissement mitra avec insuffisance tricuspidienne caractérisée par un souffle sous-sternal, par un pouls veineux jugulaire très accentué et aussi par des battements hépatiques. Il y avait des quantités considérables d'albumine dans les urines, une infiltration énorme des membres inférieurs, de l'ascite, de l'hydrothorax à droite, de la congestion œdémateuse des deux poumons ; le pouls était inégal, petit, dépressible, et le choc précordial à peine perceptible au doigt. Mais, ce qui dominait surtout chez cette pauvre femme dont le cœur était pris entre un poumon et un rein malades, c'était une violente dyspnée qui devenait une orthopnée extrême tous les soirs et qui augmentait à tel point l'état déjà cyanotique de la face que la sœur du service en était littéralement effrayée et que nous-mêmes pensions tous les jours ne pas revoir notre pauvre malade le lendemain. Pour comble de malheur, l'état de l'estomac était déplorable; il ne pouvait pas supporter le lait, qui était rejeté sans cesse par les vomissements; il supportait moins bien encore la digitale, qui produisait rapidement — peut-être en raison de l'état des reins, — des symptômes d'intolérance. Seule, la morphine en injections sous-cutanées (1) procurait un peu de soulagement à la malade en calmant l'angoisse dyspnéique ; mais elle diminuait encore l'élimination de l'urine, qui était à peine de 150 grammes, et ne faisait rien contre les symptômes hydropiques. C'est alors que j'eus l'idée d'employer la caféine, dont j'avais eu l'occasion de constater les bons effets en maintes circonstances, et notamment sur une malade de l'Hôtel-Dieu, dont l'histoire intéressante à ce titre n'est jamais sortie de ma mémoire. Je commençai par 50 centigrammes, j'élevai rapidement la dose, et dès le troisième jour cette moribonde prenait 1 gramme et demi de caféine (2). L'effet obtenu fut surprenant, et si je voulais employer une expression peu scientifique, il est vrai, mais absolument conforme à la vérité, je serais tenté de dire que nous avons assisté à une véritable résurrection. Dès le deuxième jour, on observe une réelle sédation dans les accès dyspnéiques, l'urine monte de 150 à 800 grammes; le quatrième jour, le pouls, qui s'était déjà accéléré, reprend de la force et de la régularité; puis la diurèse augmente encore, elle est portée les jours suivants à 1,500, 2,000 et 3,500 grammes, chiffre qu'elle n'a cependant jamais dépassé; quinze jours après, l'infiltration des membres, l'ascite, la congestion œdémateuse des poumons avaient presque disparu, et, chose importante, les battements veineux du cou et du foie avaient très notablement diminué en même temps que disparaissaient les signes de dilatation cardiaque et qu'on observait, avec la diminution de la matité précordiale, le retrait en dedans de la pointe du cœur. Au bout de trois semaines, tous les symptômes d'asthénie cardio-vasculaire avaient presque complètement disparu, et la malade pouvait quitter l'hôpital quelques temps après dans un état de santé des plus satisfaisants. Sous l'influence d'excès de travail ou d'imprudences répétées, elle revint à plusieurs reprises dans le service, où elle est encore actuellement; les accidents n'ont jamais été aussi graves que la première fois : mais ils ont toujours, chose singulière, résisté à l'emploi de la digitale et de diurétiques divers, tandis qu'ils ont toujours cédé, et cela dès les premiers jours, à des doses de caféine variant entre 50 centigrammes et 2 gr. 30, par jour.

Cettte observation, qui a été poursuivie pendant près de dix mois au point de vue de l'action de la caféine sur les quantités d'urine, d'urée et d'albumine mesurées exactement tous les jours, serait beaucoup trop longue à rapporter ici. Il me suffira de vous dresser un tableau où vous pourrez saisir avec les nombreuses courbes d'urée, d'urine et d'albumine que je fais passer sous vos yeux, l'action exacte du

(1) A ce sujet, une phrase d'un de mes savants collègues à l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique pouvant faire supposer, contre le gré de son auteur, que la morphine contre certaines attaques d'asystolie avait été préconisée pour la première fois par M. Gubler, je tiens à faire remarquer que mon travail sur la *médication opiacée dans les maladies du cœur*, paru en janvier 1877 dans le *Journal de thérapeutique*, est antérieur à celui de l'éminent médecin de l'hôpital Beaujon.

(2) L'obstacle à l'emploi de la caféine dans la médecine courante est la cherté encore excessive de ce médicament.

médicament pendant une période d'environ quinze jours, période que je prends au hasard à la fin du mois de mars et au commencement du mois d'avril 1882. Le dosage de l'albumine a été effectué à l'aide de l'albuminimètre d'Esbach avec le réactif acéto-picrique; celui de l'urée a été fait à l'aide de l'uroscope dont un de mes externes zélés, M. Gillet, est l'ingénieux inventeur, avec le réactif bromo-sodique, d'après la formule de Régnard. Enfin, j'ai à peine besoin de déclarer, pour l'exactitude du dosage de l'urée, que l'alimentation de la malade n'a pas varié pendant tout le temps de ces expériences, et qu'elle a toujours été notée avec le plus grand soin.

Dates.	Caféine.	Urine.	Albumine.	Urée.
16 mars 1882.	0,00	350 grammes.	76 centigr.	15 gr 08
17 —	0,00	430 —	48 —	13 gr 38
18 —	50 centigr.	1l,750	31 —	16 gr 12
19 —	Id.	1l,500	25 —	13 gr 07
20 —	Id.	2l,080	non dosable.	9 gr 39
21 —	Id.	1l,400	0,00	10 gr 39
22 —	75 centigr.	1l,460	0,00	12 gr 55
23 —	Id.	1l,600	0,00	10 gr 32
24 —	Id.	1 litre.	20 centigr.	8 gr 30
25 —	Id.	1l,500	traces.	10 gr 16
26 —	Id.	1l,500	—	10 gr 92
27 —	Id.	1l,350	67 centigr.	10 gr 89
28 —	Id.	1 litre.	75 —	11 gr 13
29 —	Id.	1l,200	60 —	11 gr 61
30 —	Id.	1l,200	54 —	8 gr 91
31 —	50 centigr.	0l,300	21 —	5 gr 80 (1)
1er avril 1882.	75 —	1l,600	0,00	12 gr 90
2 —	1 gramme.	2l,140	21 centigr.	9 gr 66
3 —	Id.	2l,100	20 —	9 gr 48
4 —	Id.	2l,250	20 —	9 gr 60

(1) Le 31 mars, la diminution rapide de la quantité des urines est due à l'action d'une purgation très abondante par l'eau-de-vie allemande.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

LES SALICYLATES ET LE RHUMATISME AIGU DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CLINIQUE MÉDICALE DE LONDRES.

Suite. — (Voir le numéro du 5 septembre.)

5° *Symptômes d'intoxication salicylique.* Les cas dans lesquels on a constaté des symptômes toxiques sont peu nombreux. C'est ainsi que, par la comparaison des observations recueillies, de l'année 1876 à l'année 1879, à l'hôpital Addenbroocke, et, en 1876, à l'hôpital du Collège Royal, le docteur Fowler a remarqué la rareté des accidents toxiques, chaque fois qu'on employait les salicylates à l'état de pureté. Sur 39 cas dans lesquels on fit usage de l'acide pur, les symptômes d'intoxication ne se manifestèrent que dix fois et, chez cinq de ces malades, ne consistaient que dans la surdité. Chez deux autres, la surdité était accompagnée de tintements d'oreilles, et chez les trois derniers, à la surdité et au tintement d'oreilles s'ajoutèrent des vomissements. Il est vrai que, dans deux de ces derniers cas, les vomissements étaient dûs à une autre cause qu'à l'acide salicylique.

Le docteur Douglas Powel a observé la production du délire sous l'influence du salicylate de soude probablement impur; mais, dans un de ces cas, l'éliminatien par le rein fut tardive. Enfin, le docteur Havilland Hall, dans une série de 54 cas, traités par les salicylates, a vu les accidents toxiques se manifester plusieurs fois sous forme d'insomnie, de délire, d'hallucinations, de vertiges et de frissons.

L'*albuminurie* a été signalée parmi les phénomènes qui se produisent sous l'influence de ces médicaments. Le docteur Isambard Owen (1) a observé 210 cas d'albuminurie temporaire. En

(1) Isambard Owen. The salicylates treatment of acute and subacute rheumatism. *The Lancet*, 28 décembre 1881, p. 1081.

excluant les cas douteux, il a constaté que cette albuminurie s'était manifestée dans 78 pour 100 des cas pendant le traitement par les salicylates de soude ou d'ammoniaque, et, dans 13 pour 100 pendant l'emploi des alcalins combinés ou non avec la quinine.

Mais on voit aussi l'albuminurie survenir dans le cours du rhumatisme traité par l'expectation et par conséquent sans qu'on puisse imputer sa production à l'usage des médicaments. Le docteur Havilland Hall a cité à la Société de clinique médicale de Londres trois faits de ce genre; mais, parmi ces faits, il en est un dans lequel le rhumatisme succédait à la scarlatine. On peut émettre un doute sur la nature franchement rhumatismale de ce cas et demander à l'auteur de cette observation si la maladie ne consistait pas plutôt dans des douleurs rhumatoïdes scarlatineuses.

Les accidents toxiques sont donc peu nombreux, et, en général, passagers; mais ils seraient d'autant plus rares que le médicament est plus pur; enfin il n'est pas utile de produire des symptômes toxiques pour obtenir des effets thérapeutiques. Relativement à la pureté du médicament, le docteur Maclagan donne la préférence à la salicine, qui serait toujours moins impure que ses dérivés. Cependant la majorité des médecins préfèrent ces derniers, qu'ils soient partisans ou adversaires de la théorie de Senator, sur la transformation des salicylates dans l'organisme, ou qu'ils soient convaincus du rôle efficace des sels alcalins avec lesquels l'acide salicylique est en combinaison. A ce dernier point de vue, le docteur Owen aurait observé d'excellents résultats de l'emploi des salicylates en mélange avec les alcalis.

6° *Doses du médicament.* — Le mode d'administration et la dose des salicylates jouent un grand rôle dans le succès du traitement, c'est-à-dire dans la chute de la fièvre et de l'hyperthermie, qui est plus ou moins rapide et plus ou moins complète. Le docteur Maclagan recommande d'employer dès le début de faibles doses, de les répéter à de courts intervalles, de façon à mettre rapidement le malade sous l'influence du médicament. Dans le même but, le docteur Broadbent prescrit les salicylates à la dose de vingt grains (1 gr. 30 centig.) par heure et la continuation de leur emploi pendant six heures. On répète le deuxième jour la même médication. Mais après la chute de la température, on n'administrera plus que trois doses de 20 centigrammes par jour.

Le docteur Maclagan préfère la salicine, parce qu'elle pourrait sans inconvénient s'administrer à plus hautes doses que les salicylates et parce qu'elle serait un tonique, tandis que les salicylates, à hautes doses, ou bien par leur emploi prolongé possèdent une action dépressive, redoutable surtout dans la myocardite; que cette complication accompagne l'endocardite rhumatismale ou qu'elle lui soit antérieure.

Ainsi donc l'efficacité du médicament dépend de la durée de son emploi. Sur ce point, l'accord serait complet, quelle que soit l'opinion de chacun sur la nature et l'étiologie du rhumatisme. Relativement aux complications cardiaques que l'usage des salicylates peut provoquer, il faut remarquer que le nombre en a été certainement exagéré. Les bruits cardiaques qu'on a observés, loin d'être tous de nature organique, dépendaient souvent de l'anémie, qui est augmentée par l'emploi des salicylates alcalins. Telle est du moins l'explication que le docteur Fagge donne de ces phénomènes, explication d'ailleurs qui n'est pas nouvelle.

7° *Quelle est la valeur de la médication salicylique contre le rhumatisme?* La fièvre et les douleurs articulaires sont heureusement modifiées par l'emploi des salicylates; mais elles ne sont pas les seuls facteurs qui interviennent dans le rhumatisme articulaire aigu. Leur résolution n'indique pas la disparition du rhumatisme, pas plus que la cessation de la diarrhée ne saurait modifier la nature de la dothiénenthérie, ni supprimer l'état typhoïde.

Après la disparition de la pyrexie et la cessation de la douleur, les tendances aux affections du cœur et aux rechutes n'en persistent pas moins. Dans les séries les plus heureuses, malgré l'emploi des salicylates, les complications cardiaques sont encore de 13 à 14 pour 100, c'est-à-dire aussi fréquentes qu'avec les autres médications. Les rechutes se montrent encore du quinzième au dix-huitième jour dans la proportion de 32 pour 100, de sorte que, malgré la disparition de la fièvre et de la douleur, l'état rhumatismal persiste encore au delà de deux septénaires.

En comparant les 350 cas du docteur Fagge, traités par les salicylates, avec les 350 observations du docteur D. Hood, dans lesquelles on avait fait usage des autres médications, on pourrait admettre peut-être que les composés salicylés ont une action rapide sur le poison rhumatismal, si toutefois il existe un poison rhumatismal, ce qui est loin d'être démontré. Mais ces agents sont impuissant à neutraliser complètement ce dernier, et même en se plaçant à ce point de vue, d'après le docteur Powell, leur valeur thérapeutique ne serait pas supérieure aux autres médicaments, telle que les alcalins, par exemple. Leur action n'est donc pas

spécifique contre le rhumatisme, comme le prétendent le docteur W. Strange et d'autres collaborateurs du *British médical Journal* (1).

Les propriétés antipyrétiques et antithermiques de ces agents sont incontestables, d'après tous les observateurs et d'après l'ensemble des faits cliniques. Doit-on leur accorder des propriétés spécifiques contre le rhumatisme? Les salicylates seraient-ils des agents antirhumatismaux dans l'hypothèse de MM. Latham et Strange, ou des médicaments antiseptiques, d'après la théorie du docteur Maclagan ?

Le docteur Latham (2) (de Cambridge) attribue, en effet, l'état rhumatismal à l'accumulation de l'acide lactique et du glucose en excès dans le sang et dans les tissus. Or, l'acide salicylique aurait pour effet de modifier l'activité des centres d'action chimique et de faciliter l'hyperoxydation de ces produits et la formation des urates. A défaut de la réalité, ou tout au moins de vraisemblance, cette théorie a en sa faveur le mérite de l'originalité; mais l'originalité ne suffit pas à une théorie pour lui donner droit de cité dans la science. Les salicylates agiraient alors comme modificateurs de la nutrition en favorisant les oxydations.

A cette hypothèse chimique, le docteur Maclagan oppose une autre théorie. La salicine combat l'état rhumatismal aigu comme la quinine combat la fièvre. Les symptômes généraux ne seraient que l'expression d'un état infectieux produit par les micro-organismes; les lésions locales articulaires ou cardiaques seraient le résultat de l'action des micro-organismes sur les tissus fibreux articulaires et cardiaques. C'est donc à titre d'antiseptique que les composés salicyliques détruisent les micro-organismes, et c'est en livrant bataille à ces agents morbifiques, aussi grands coupables que petits de taille, que la salicine combat le rhumatisme. Cette théorie attend sa démonstration, par la découverte encore inédite, sans doute du baccillus ou de la bactérie du rhumatisme, si tant est qu'il existe quelque micro-organisme de ce genre particulier aux rhumatisants.

Les discussions de la Société de clinique médicale ne pouvaient éclairer ces questions de pathogénie dans lesquelles l'imagination joue encore un rôle plus considérable que l'interprétation des faits réels. Mais ce qui importait, au point de vue clinique, c'était de montrer que les salicylates, tout en rendant des services contre le rhumatisme aigu, sont des antiseptiques et non pas des médicaments antirhumatismaux, et qu'à ce titre leur action hypothermique et analgésique n'est pas sans analogie avec celle de l'acide phénique employé à l'intérieur. Malgré le bruit auquel donna lieu leur apparition dans la thérapeutique du rhumatisme, ces agents nouveau-nés dans la clinique médicale ne doivent donc remplir un rôle, utile à la vérité, mais plus modeste et surtout moins retentissant que celui que les partisans enthousiastes voulaient leur donner (3).

Ch. Eloy.

(1) *British medical journal,* 24 décembre 1881.

(2) *The Lancet*, janvier, et *British med. journ.*, janvier 1882.

(3) Voir, à ce sujet, un mémoire récent de M. Vulpian (*Journal de pharm. et de chimie*); dans lequel le savant professeur de la Faculté de Paris fait observer que les hypothèses proposées n'expliquent pas les effets curatifs des salicylates dans le rhumatisme. L'action de ces sels résulterait de leur « incorporation aux éléments anatomiques des tissus articulaires primitivement affectés, rendant ces éléments réfractaires à l'irritation particulière que tend à y « provoquer le rhumatisme articulaire aigu. »

BIBLIOTHÈQUE

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Louis, par le professeur Alfred Fournier. Paris, 1882; G. Masson, éditeur.

En 1873, dans une série de leçons faites à l'hôpital de Lourcine et dont une partie seulement a été publiée (*Annales de dermatologie et de syphilographie*, 1875-76, T. VII, p. 187), M. le professeur Alfred Fournier soutenait « que la syphilis, alors qu'elle affecte un certain département de la moelle, est susceptible de déterminer une ataxie locomotrice progressive, ataxie se traduisant du reste par des symptômes identiques ou à peu près identiques à ceux qui constituent l'ataxie vulgaire, c'est-à-dire de provenance non spécifique. »

L'existence d'une ataxie locomotrice syphilitique ne fut point admise sans contestation. Acceptée et défendue par MM. Vulpian, Grasset, Féréol et Siredey, par Erb, Rosenstein Althaus etc., etc., elle nous semble aujourd'hui indiscutable et la lecture du livre que nous analysons pourrait suffire à convaincre les plus incrédules.

Tout d'abord et sans préjuger la question, la relation de cause à effet, on ne peut nier qu'il est fréquent de rencontrer la syphilis comme antécédent chez les ataxiques. Ainsi M. Féréol l'a

notée 5 fois sur 11 cas, M. Siredey 8 fois sur 10, le professeur Vulpian l'a retrouvée dans la proportion de 75 °/°, Erb dans celle de 88 °/°, etc. ; ajoutons que, de notre côté, sur 14 ataxiques que nous avons eu occasion d'observer à l'hospice d'Ivry, de 1872 à 1876, nous avons constaté dans 9 cas l'existence antérieure de la syphilis. — M. Fournier, contrôlant ses premiers résultats, a repris la question et, sur 103 nouveaux cas d'ataxie locomotrice, il a noté 93 fois des antécédents incontestables de syphilis. Il a donc pu avec raison avancer que la syphilis existe au moins, comme antécédent, dans plus des quatre cinquièmes des cas d'ataxie.

Cette fréquence démontrée et pour en conclure que dans les cas si nombreux où la syphilis a été notée, elle pouvait être invoquée comme cause, il fallait, puisque l'identité dans les lésions — qu'il s'agisse de l'ataxie ou d'une maladie quelconque à étiologie multiple — rend la symptomatologie identique, il fallait, disons-nous trouver dans l'évolution des symptômes, leur mode de groupement et même la coïncidence fréquente de phénomènes habituellement étrangers à l'ataxie des caractères cliniques différentiels, permettant d'établir une forme spécifique distincte. Cette analyse clinique basée sur un très grand nombre d'observations personnelles constitue une des parties les plus originales de l'ouvrage de M. Fournier. Il établit d'abord que, comme manifestation syphilitique, l'ataxie est un accident presque absolument et exclusivement tertiaire (p. 19), lequel survient principalement dans la seconde jeunesse, entre 25 et 35 ans. Il étudie ensuite les autres causes admises autrefois et qui, avant lui, constituaient à l'ataxie une étiologie des plus banales. Il admet comme cause prédisposante surtout l'hérédité névropathique et ce qu'il appelle le *surmenage nerveux* (p. 24) et il trace à ce sujet, en quelques traits vifs et alertes, le tableau de cette triste existence des jeunes désœuvrés parisiens, « victimes désignées à l'avance pour la syphilis » et ses plus redoutables conséquences.

Nous signalerons une autre remarque, très importante au point de vue clinique, sur le peu de gravité qu'ont offert habituellement les accidents secondaires. M. Fournier est très explicite sur ce point : « l'ataxie se produit surtout, j'aurai presque le droit de dire exclusivement, à la suite des syphilis originairement bénignes ». Il note encore que dans les cas d'ataxie spécifique, presque toujours le traitement antisyphilitique a été insuffisant ou nul.

Comme il importe avant tout de faire le diagnostic, puisque le traitement s'en déduit et que le traitement spécifique offre *seul* une chance de salut, on ne sera pas étonné du soin avec lequel le professeur Fournier insiste sur les difficultés du diagnostic au début et sur l'importance qu'il y a à reconnaître, avant tout et par-dessus tout, l'incoordination motrice. Il expose méthodiquement tous les moyens qui doivent être employés l'un après l'autre et dont aucun ne saurait être négligé. On trouvera, p. 186 et suivantes, l'indication de différentes recherches dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer. Rappelons seulement que M. Fournier insiste surtout sur l'attitude à cloche-pied avec occlusion des yeux. Quelques exemples viennent confirmer l'importance de ce dernier mode d'examen.

Mais avant cette constatation *essentielle* de l'incoordination, on peut être mis sur la voie de la nature de la maladie dans la période præ-ataxique (période prodromique) ; non point que les symptômes de cette période soient autres, mais leur degré d'intensité, leur ordre d'évolution, peuvent leur donner une physionomie distincte. C'est ainsi que les douleurs fulgurantes, souvent atroces et prolongées dans les autres formes, se font remarquer tout spécialement dans l'ataxie syphilitique par leur peu de violence (p. 53) ; elles sont plutôt diurnes et consistent le plus souvent en de légers élancements.

L'auteur insiste sur la fréquence (dans presque la moitié des cas comme accidents du début) de troubles oculaires consistant en des paralysies partielles dissociées des 3e, 4e et 6e paires, paralysies remarquables par certaines particularités symptomatologiques : apparition imprévue et soudaine ; — possibilité de disparition spontanée ; — possibilité de récidives et de récidives parfois multiples. Il passe ensuite en revue les troubles génito-urinaires, locomoteurs, gastriques, laryngés, etc.

A propos des troubles laryngés (toux convulsive, accès de suffocation, apnée sidérante, p. 141), accidents rares et qui ont longtemps passé inaperçus, on nous permettra de rappeler brièvement ici une des premières observations qui aient été publiées et qui vient à l'appui de l'opinion défendue par M. Fournier. Cette observation, recueillie par nous en 1862, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre regretté maître Tardieu, a été consignée dans la thèse inaugurale de M. le docteur Dujardin-Beaumetz (*De l'ataxie locomotrice*) soutenue la même année. Elle a, sans nul doute, échappé à l'attention de notre excellent collègue et ami le docteur Féréol.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, qui contracta un chancre à l'âge de 22 ans et ne subit un traitement antisyphilitique que pendant trois mois. — En octobre 1854, première apparition des douleurs fulgurantes. Cinq années après, anesthésie de la jambe et du pied droits ; puis, troubles oculaires (strabisme externe des deux côtés, dilatation des pupilles) et, finalement,

phénomènes d'ataxie nettement accusés..... « Parfois le malade est pris de quintes de toux auxquelles succède un accès de suffocation qui l'oblige à se précipiter à la fenêtre pour respirer. Depuis quelque temps, après une station verticale même peu prolongée, il éprouve sans toux un accès de suffocation avec inspiration sifflante. Ces accès ne durent que quelques secondes. L'auscultation et la percussion du thorax ne révèlent rien d'anormal.

Sous l'influence des bains sulfureux, de l'iodure de potassium, de la salsepareille et des toniques, il est survenu un peu d'amélioration dans l'ensemble des symptômes. »

L'ataxie locomotrice syphilitique ne se produit pas toujours à l'état d'une ataxie pure et simple. Fréquemment elle s'associe à diverses manifestations qui relèvent d'autres localisations morbides. Ce sont : tantôt, des phénomènes médullaires (paralysies locales ou atrophies) ; tantôt, des phénomènes cérébraux, précurseurs ou consécutifs (troubles psychiques, accès épileptiformes, ictus congestifs, apoplectiformes, etc.). Ce chapitre, un des plus intéressants de l'ouvrage, mériterait d'être tout entier cité. Une analyse, faite dans les limites qui nous sont tracées, n'en saurait donner qu'une insuffisante idée.

Ces formes mixtes, à symptômes associés, à lésions disséminées sont particulièrement communes dans l'ataxie syphilitique, et M. Fournier conclut, au point de vue pratique (p. 288), que la constatation d'un type associé chez un malade atteint de tabes dorsal doit faire penser à la syphilis.

La marche, la terminaison n'offrent rien de particulier à la forme syphilitique ; mentionnons cependant la fréquence des cas à évolution rapide.

Les considérations relatives au traitement montrent, par leurs conséquences pratiques, la haute valeur de ces recherches ; il s'agit non de la guérison certaine, mais de la guérison possible dans une maladie réputée incurable.

C'est là qu'il faut non point analyser mais transcrire textuellement ; toutes ces prescriptions magistrales doivent être scrupuleusement suivies ; le succès est à ce prix.

Il faut agir tout de suite, dès que la maladie est, dit M. Fournier, non pas reconnue mais seulement soupçonnée.

Le traitement doit être des plus énergiques et il convient d'employer le traitement alterne, *parce que de la persistance dépend le succès.* Nous renvoyons à la lecture du livre pour les questions de dose et les indications plus précises.

Quant aux résultats, s'il s'agit d'un tabes ancien et confirmé, on ne peut rien attendre du traitement, Si l'affection est moins avancée, il peut survenir un très long temps d'arrêt et cela pendant des années. Tout à fait au début, la maladie guérit presque certainement.

Les dernières pages du livre sont consacrées à la question de doctrine. M. Fournier passe en revue les objections que l'on peut faire à sa doctrine et les réfute autant que cela est possible avec beaucoup de talent, de vigueur et d'autorité. Nous ne nous dissimulons pas plus que l'auteur lui-même la portée de quelques-unes de ces objections ; mais qu'importe. En présence d'une maladie réputée incurable, n'est-il point consolant de se dire que si à une période avancée elle ne peut être guérie, au début elle peut être prévenue par un traitement énergique, actif par son intensité, préservateur par sa durée.

Nous terminons ici l'analyse du livre magistral du professeur Alfred Fournier. A la lecture de ce livre, nous avons retrouvé comme un écho du brillant enseignement qu'il inaugura dès l'année scolaire 1866-1867, alors que, comme agrégé, il suppléait le professeur Grisolle à l'Hôtel-Dieu. Qu'il veuille bien permettre à celui qui eut l'honneur d'être à cette époque son chef de clinique, de rappeler ce souvenir, hélas ! déjà lointain et de rendre à son cher maître et ami ce témoignage que, par la publication de ses deux grands ouvrages sur la syphilis du cerveau et de la moelle, ouvrages aussi remarquables par l'élévation des doctrines que par l'importance des déductions thérapeutiques, il a bien mérité de la science et de l'humanité.

Auguste Ollivier.

Association française pour l'avancement des sciences

XI[e] Session. — Congrès de La Rochelle.

La Rochelle, 29 août 1882.

La séance d'hier a été peut-être la plus importante de la session, en ce sens que les sujets traités étaient d'un haut intérêt, et qu'ils ont amené les membres les plus éminents de la section à prendre la parole.

M. Bernheim, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, décrit une nouvelle forme de la fièvre typhoïde, la forme *cardiaque.* Il désigne sous ce nom des cas dans lesquels, sans cause appréciable, il survient une accélération paralytique du cœur qui se

termine par la mort. Elle peut exister dès le début de la fièvre typhoïde, avec ou sans phénomènes adynamiques ; elle peut survenir à une période plus avancée de la maladie. Pendant cette asystolie nerveuse, la température axillaire peut être modérée, 38 ou 39° ; d'autres fois elle est au-dessous de la normale. M. Bernheim pense que cette forme morbide est due à l'action directe du poison, ou microbe typhique sur le centre d'innervation cardiaque. Le poison typhique agirait comme la digitaline, qui à faible dose tend à ralentir les battements du cœur, tandis qu'à dose toxique elle paralyse les centres nerveux et accélère alors ces mouvements en les affaiblissant. Ceci expliquerait pourquoi, dans les cas ordinaires, le pouls est beaucoup plus fréquent dans la fièvre typhoïde que dans les autres fièvres et peut rester à 80 et au-dessous avec une température de 40° ; dans la forme cardiaque de M. Bernheim, le poison typhique agissant spécialement sur les ganglions cardiaques, les paralyse et accélère les battements du cœur jusqu'à la mort. Ceci explique encore pourquoi la digitale a paru non-seulement inefficace, mais même dangereuse dans cette forme de la maladie. A l'autopsie, on ne trouve aucune altération du muscle cardiaque, comme M. Berheim l'a vu dans six cas. Certains cas de mort subite dans la fièvre typhoïde sans altération du cœur à l'autopsie, s'expliquent par la concentration subite du poison ou microbe typhique sur le centre cardiaque, et constituent une véritable variété foudroyante de la forme cardiaque de la fièvre typhoïde.

Cette absence de lésions à l'autopsie différencie nettement la nouvelle forme morbide de celles que l'on connaît déjà et qu'a rappelées M. Henrot à cet sujet. Chez des sujets morts subitement, dans un mouvement, M. Henrot a toujours trouvé des lésions du cœur, mais les cas ne sont pas les mêmes.

M. Leudet, en présence de la discordance qui existe parfois entre la température rectale et la température axillaire, s'est demandé si le poison typhique, au lieu d'agir exclusivement sur le centre cardiaque, n'agissait pas aussi sur d'autres régions du système nerveux central, la moelle et le bulbe en particulier, et si au lieu de voir dans les faits de M. Bernheim une forme cardiaque, il ne faudrait pas y voir plutôt une forme spinale. Mais le savant professeur de Nancy a maintenu son interprétation.

M. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille (à Lyon), a fait sur la perméabilité des effractions épidermiques des études fort curieuses dont il nous a communiqué les résultats. Partant de ce point que l'injection de pilocarpine détermine autour du siège de l'injection une sudation plus ou moins abondante, M. Aubert a fait sur la région, plus ou moins longtemps après des piqûres d'aiguille, une friction avec une pommade à la pilocarpine ; celle-ci étant absorbée par la piqûre, provoquait la sudation, dont la présence était constatée par un procédé particulier décrit au Congrès du Havre. Ceci a démontré que les piqûres restaient perméables pendant deux ou trois jours, qu'elles fussent obliques, perpendiculaires ou horizontales. L'importance de ce fait a besoin d'être signalée ; on voit quel intérêt il peut avoir pour les chirurgiens et les anatomistes si exposés aux inoculations septiques. L'épilation ne laisse après elle la porte ouverte que pendant vingt à vingt-cinq heures ; c'est donc dans ce laps de temps qu'il faudra appliquer les substances dont on voudra obtenir l'action.

La communication de M. Gayet (de Lyon) sur la distribution de la cataracte dans la région lyonnaise avait attiré dans notre section le président du Congrès, M. Janssen. M. Gayet voulait surtout rechercher la cause de la cataracte dans cette région, constituée par les départements du Rhône et de la Saône, et une partie de ceux de l'Ain, de la Haute-Loire, de la Savoie, de l'Isère, de l'Ardèche et de la Drôme, en un mot des pays dont les habitants viennent se faire soigner à Lyon. Il a trouvé que les citadins étaient moitié moins exposés que les paysans à la cataracte, que l'influence du terrain n'y était pour rien, mais que cette affection acquiert son maximum de fréquence dans les pays houillers et dans ceux où abondent les usines métallurgiques. M. Gayet en conclut que chez les paysans, comme chez les ouvriers de ces usines, la cataracte doit avoir pour cause l'influence de la chaleur rayonnante sur le cristallin, hypothèse émise déjà par M. Janssen.

M. Janssen prend alors la parole et dit que la chaleur rayonnante absorbée par le cristallin n'est pas étrangère au développement de la cataracte ; ainsi, dans les pays chauds dont le terrain est constitué par du sable brûlant, la cataracte est fréquente. Ses expériences ont prouvé que les milieux oculaires arrêtent la chaleur rayonnante comme les milieux liquides de même épaisseur ; ainsi la cornée absorbe 60 pour 100 des rayons calorifiques, et le cristallin 13 pour 100 de ceux qui ont traversé la cornée. Il n'est pas impossible que cette absorption finisse par altérer la constitution moléculaire du cristallin et en provoque l'opacité. On pourrait donc conjurer cet accident, dans les usines métallurgiques, en interposant entre l'œil et le foyer lumineux une couche d'eau d'épaisseur voulue.

M. Rochard pense que la température élevée doit jouer un rôle plus important que la chaleur rayonnante dans l'étiologie de la cataracte, et M. Prompt fait remarquer en faveur de la

chaleur rayonnante que, dans les pays polaires, le froid rayonnant exerce la même influence morbide sur l'œil.

M. Verneuil déclare qu'il professe un grand respect pour les doctrines iatro-mécaniques et iatro-chimiques, mais ce respect ressemble beaucoup à celui qu'on doit aux vieillards; dans l'étude de l'étiologie des maladies, ces doctrines n'ont qu'une importance secondaire; il emploie une autre méthode et croit que l'affinité des maladies chez une même classe d'individus, en tenant compte de l'hérédité, doit conduire à de meilleurs résultats. La cataracte, en particulier, est étroitement liée à l'arthritisme, sauf les cas de cataracte traumatique, et on ne la voit guère chez les scrofuleux. Pour lui, la cataracte serait une dégénérescence du cristallin analogue à l'athérome artériel, et reconnaissant la même étiologie.

M. Boucheron pense qu'on peut mettre ces différentes opinions d'accord en remontant au développement du cristallin. Cet organe, dépendance de l'épiderme, se compose de cellules et de tubes qui en partent; les cellules régissent la nutrition des tubes, et subissent les mêmes influences morbides que le reste de l'épiderme et les poils. Que la nutrition des cellules soit entravée par le rhumatisme, par la chaleur rayonnante, par la fièvre typhoïde, comme M. Boucheron en a observé deux cas, et on verra alors survenir la cataracte, comme on observe la chute des poils et des lésions de l'épiderme dans les mêmes affections.

Une observation de section du nerf cubital, recueillie par M. Redard dans le service de M. Verneuil, et communiquée par ce dernier au congrès, au nom de son chef de clinique, a soulevé une intéressante discussion sur la régénération des nerfs. Actuellement on se trouve en face de deux théories : un nerf étant coupé, les tubes nerveux se régénèrent et le rétablissement de l'action nerveuse se fait par continuité, ou bien ils ne se regénèrent pas, et alors la sensibilité ou la motilité se rétablissent par les anastomoses des nerfs entre eux. L'importance pratique de l'adoption de l'une ou l'autre de ces théories ressort d'elle-même : dans le premier cas, il faut faire la suture des nerfs ou tout autre opération tendant à amener la fusion des bouts coupés; dans le second cas, il n'y a qu'à se croiser les bras.

M. Verneuil penche pour la seconde théorie. Il avait récemment dans son service deux malades, dont l'un avait eu le nerf cubital détruit au coude dans l'étendue de plusieurs centimètres, et l'autre une simple section du nerf au niveau du poignet; dans le premier cas, la sensibilité était normale, parce que le cubital reçoit des anastomoses des nerfs voisins au-dessous du coude; dans le second, la sensibilité du petit doigt était abolie depuis sept ans, parce que le cubital ne reçoit pas d'anastomoses au-dessous du poignet. M. Verneuil en conclut que les blessures du cubital au-dessus du poignet enlèvent définitivement la sensibilité au petit doigt, et que le rétablissement de la fonction nerveuse se fait par les anastomoses.

M. Chauveau dit que ces faits sont nerveux et que M. Verneuil en tire des déductions qui ne sont pas forcées; la sensibilité ne revient pas toujours, quelle que soit la blessure; elle ne revient que chez les sujets jeunes et non chez les sujets âgés; les expériences d'Arloing et Tripier, faites dans son laboratoire, l'ont démontré. D'autre part, il est des cas dans lesquels la sensibilité ne se perd pas par la section, circonstance que M. Verneuil appuie par un fait qu'il a observé, et qui prouve d'ailleurs en faveur du rétablissement de la sensibilité nerveuse par les anastomoses. Un malade atteint d'une tumeur de la mâchoire inférieure présenta des phénomènes d'anesthésie du nerf dentaire inférieur dans une certaine période de la maladie; au moment de l'opération la sensibilité cutanée était revenue et persista après l'opération, bien que le nerf eût été enlevé avec le maxillaire. Evidemment la sensibilité, perdue au début, lors de la compression du nerf par la tumeur, s'était rétablie peu à peu par une autre voie, et la section opératoire du nerf n'avait pu l'abolir de nouveau. C'est probablement ce qui s'est passé dans un cas de section du nerf sciatique par M. Azam.

M. Verneuil prie M. Chauveau de porter de nouveau la question devant le congrès à la session prochaine, et l'invite à faire de nouvelles expériences; lui-même fera de son côté de nouvelles recherches.

Nous croyons devoir mentionner une réflexion très importante de M. Paulet à cet égard. La recherche de la sensibilité est toujours difficile et susceptible d'erreurs; c'est pourquoi M. Paulet pense qu'on devrait s'adresser aux nerfs moteurs, dont les lésions et leurs conséquences sont plus faciles à constater.

M. Verneuil aborde alors un de ses sujets de prédilection, la gangrène paludique. Cette affection était à peu près inconnue des auteurs avant 1872, puisque M. Raynaud, dans son article *gangrène* du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* n'en fait pas mention. Cependant il en existait déjà plusieurs faits, et d'autres ont été publiés depuis. Cette affection peut en compliquer d'autres (érysipèle, phlegmon) ou des traumatismes, ou survenir spontanément. Dans ce dernier cas, elle rentre dans le domaine de la chirurgie parce qu'elle affecte les extrémités, nez, oreille, menton, appendices digitaux, pénis, etc.; elle est alors le plus souvent symétrique. Elle est intimement liée à l'asphyxie locale des extrémités qu'on a observée chez

les paludiques, et on peut la considérer comme une forme plus avancée de l'asphyxie. Des faits déjà assez nombreux portent à croire que le paludisme n'est pas capable, à lui seul, de déterminer la gangrène, mais qu'il s'associe pour cela à un autre élément morbide, le froid, le diabète, etc., ou bien, comme l'a dit M. Chauveau, le froid lié à l'arrêt du sang dans les capillaires, arrêt produit par l'accumulation des globules blancs du sang, ou même du *bacillus malariæ*, pourrait encore amener le même résultat.

Au nom de M. Quinquaud, M. François-Franck fait sur l'anatomo-pathologie chimique une communication au cours de laquelle il demande que l'on change le mot impropre de *Ptomaïne*. M. Boucheron propose de lui substituer celui de *Zoamine*.

M. Paul Landowski, au nom de M. Courty, parle de quelques causes peu connues de la stérilité; M. Leudet fait remarquer que ces causes sont parfaitement connues et mentionnées depuis longtemps dans les travaux des gynécologistes, M. Courty en particulier.

Citons encore les communications de M. Pros (de La Rochelle) sur la méthode des tractions dans les accouchements difficiles; de M. Pitres, sur les déformations du thorax qui produisent la voussure chez les pleurétiques; de M. Burot, sur les névropathes; de M. de Villanova, sur les rapports des études hydro-minérales avec la géologie; de M. Pineau, sur la suette miliaire chronique; de M. Certes, sur l'emploi de l'acide osmique dans l'analyse microscopique des eaux, et l'efficacité de cette substance pour déceler l'existence des microbes; enfin, une belle observation de MM. Le Clerc et Suchard, sur un cas d'épithélioma kystique de la clavicule. L'intérêt de ce fait résidait surtout dans cette particularité que l'épithélioma paraissait primitif, ce qui est excessivement rare, comme du reste l'épithélioma des os en général.

Au commencement de la séance, la section des sciences médicales, considérant que, depuis plusieurs années, le volume d'une session est toujours distribué après la session suivante, contrairement au règlement, émet le vœu que le règlement soit strictement appliqué. Nous ferons remarquer à ce sujet que la principale cause du retard dans la publication du volume des actes du Congrès dépend des membres eux-mêmes. Beaucoup d'entre eux quittent le Congrès sans remettre leurs communications aux secrétaires, et ce n'est ensuite, que sur les instances réitérées du secrétaire du conseil, qu'ils envoient leur manuscrit. De là, une perte de temps considérable qui serait évitée si chacun prenait soin de rédiger sa communication avant le Congrès. Nous avons déjà conseillé à l'administration de passer outre après une certaine date et de se borner à une mention pure et simple des travaux des retardataires. Espérons que cette mesure, prise une bonne fois, convaincra les membres du Congrès de la nécessité d'envoyer leurs manuscrits plus tôt que d'habitude.

L.-H. PETIT.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'acupuncture dans certaines affections nerveuses spasmodiques, par M. le docteur ARENS. — Un fait remarquable assurément, et dont, avec M. le docteur Arens, beaucoup de médecins ont été témoins, dans la pratique des injections hypodermiques et l'amélioration immédiate qui se produit aussitôt après la ponction de la peau par l'aiguille du trocart capillaire. La disparition subite de la douleur ou du spasme ne pouvant à ce moment être le résultat de l'action de la morphine, doit être attribuée à la ponction elle-même, c'est-à-dire à une véritable acupuncture.

On connaît l'abus que les Chinois et les partisans de ce moyen thérapeutique ont fait de l'acupuncture dans le traitement des affections les plus diverses. Ten-Rhyne la prescrivait contre la céphalalgie, le coma, l'épilepsie, la colique nerveuse, l'hystérie, le tétanos, les convulsions, les douleurs rhumatismales, l'hypochondrie, et aussi contre des affections viscérales de toute nature. Kaempfer, qui la préconisa le premier en Europe, et Berlioz (de Lyon) qui en fut l'apôtre, en exagérant ses effets, compromirent ainsi la réputation de cette méthode qui a donné cependant de bons résultats entre les mains de Bretonneau, Cloquet, Dantu, et Meyrand. Dans les maladies spasmodiques, Trousseau et Pidoux montrèrent que ce moyen peut être utile. Le docteur Arens donne dans son mémoire trois observations qui viennent à l'appui des conclusions de ces auteurs.

Dans la première, il cite le cas d'une femme atteinte de gastralgie, avec nausées et vomissements, qui fut guérie par deux ponctions sous-cutanées dans la région épigastrique.

Dans la seconde, la malade était atteinte d'un asthme nerveux; et chez elle, les injections hypodermiques de morphine produisaient des accidents de morphinisme. Des ponctions au niveau de l'extrémité interne de la clavicule amenèrent la cessation des accès. Le même succès fut obtenu un grand nombre de fois, et chaque fois l'accès diminuait dès la première ponction, et cessait complètement dans l'espace de huit à dix minutes.

Le troisième malade était un jeune collégien, atteint d'une toux nerveuse, rebelle à tous les traitements classiques et qui ne cessait que la nuit. Il n'existait aucun signe physique de lésions pulmonaires. L'acupuncture pratiquée au niveau de l'extrémité interne de la clavicule fut suivie d'une amélioration immédiate. Depuis la toux ne s'est plus montrée.

Le docteur Arens a été témoin de plusieurs cas de toux hystérique, qui furent guéris par le même moyen. (*Archives médicales belges*, novembre 1881, p. 380). — Ch. E.

VARIÉTÉS

LA QUESTION DES INSTITUTS VACCINOGÈNES.

L'importance de cette question n'a pas échappée au savant rédacteur en chef de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (1). Examinant les résultats obtenus et les méthodes suivies à l'Institut vaccinogène militaire d'Anvers, dont l'UNION MÉDICALE a fait connaître l'organisation, M. le professeur Vallin remarque, avec raison, que « partout autour de nous se multiplient « les Instituts vaccinogènes et les fermes à vaccine. » Chaque jour, on constate des créations nouvelles, soit en Europe (Hollande, Belgique), soit en Amérique (New-York, Chambersbury, Clifton, Maryland, Washington, Chelsea, etc.) En Angleterre, un bill du parlement oblige les Instituts de vaccine du *Local government Board* à tenir du vaccin animal à la disposition du public. Chez nos voisins, la vaccine animale entre donc dans les mœurs du pays; l'État et les villes encouragent ce mouvement de l'opinion publique.

« N'est-il pas temps, ajoute avec raison M. Vallin, que les villes, sinon l'État, ouvrent en « France quelques-uns de ces Instituts vaccinaux qui existent aujourd'hui dans tous les « pays. » Ce vœu légitime du secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique mériterait d'être pris en considération par les pouvoirs publics.

Espérons donc que le Conseil municipal de Paris, toujours prêt aux initiatives hardies donnera le premier l'exemple d'une création officielle de ce genre.

Prescrire l'obligation de la vaccine, l'imposer aux enfants des écoles publiques avec l'enseignement, était une sage prescription; mais la loi seule ne suffit pas pour faire entrer dans nos mœurs cette prudente mesure de médecine préventive. Les Instituts vaccinogènes fonctionnant sous le contrôle de l'Académie, et le patronage de l'Etat ou des municipalités, y contriburaient d'autant plus que le public saurait que les médecins y trouveraient toujours un vaccin d'une incontestable pureté et d'une activité certaine. — Ch. E.

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 août 1882.

COURRIER

CHOLÉRA. — Le *Journal officiel* publie la note suivante :

Le choléra qui règne en ce moment dans l'extrême Orient a atteint notre colonie de Cochinchine. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie ne frappe guère que les indigènes. A la date du 4 septembre, huit Européens seulement avaient été atteints, trois avaient succombé. Toutes les précautions avaient, d'ailleurs, été prises d'avance pour combattre le fléau dont les progrès à Manille et dans l'Annam faisaient prévoir l'invasion.

Une dépêche d'Alexandrie apprend qu'on vient de signaler, sur un navire arrivant de Bombay avec des pèlerins, quatre cas de choléra. Un des malades est mort pendant la traversée' les trois autres au mouillage de Caraman, où se trouve la station de la quarantaine turque.

Le conseil international de santé d'Alexandrie a décidé de mettre en quarantaine toute provenance de Bombay ainsi que d'Aden, jusqu'à ce qu'il soit prouvé que cette dernière ville n'a plus de communication avec Bombay

Il a été constaté que c'est bien le choléra asiatique et épidémique qui a causé les quatre cas de décès.

— M. de Fornel, médecin de première classe de la marine, est promu au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine, premier tour (ancienneté).

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Rares académiciens, rares lecteurs, rare public, courte séance. Ouverte à trois heures, par M. le président Bouley, assisté de M. Bergeron, secrétaire annuel-perpétuel, qui a lu le procès-verbal et dépouillé la correspondance, elle a été levée à quatre heures.

Elle a été remplie par deux communications : l'une, de M. le docteur Onimus, *Sur l'importance du réseau lymphatique périphérique*, dont on trouvera plus loin le résumé; l'autre, de M. le docteur Ch. Brame (de Tours), sur un traitement de l'ophthalmie purulente qui lui est particulier.

M. le président appelle alors, d'une voix retentissante, une série de noms inscrits à l'ordre du jour pour diverses communications; mais les échos de la salle de la rue des Saints-Pères demeurent muets, et la séance finit faute de lecteurs.

A. T.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COAGULATION DU SANG.

PREMIÈRE PARTIE :

Du rôle des éléments figurés dans la coagulation;

Par Georges HAYEM.

Suite. — (Voir les numéros des 24, 31 août et 5 septembre.)

3° *Les expériences de M. Glénard, d'après lesquelles le sang se conserverait liquide ou non coagulé dans des conditions où certainement les hématoblastes sont altérés, sont inexactes.* — Dans une thèse très intéressante et riche en expériences ingénieuses, M. Glénard (1) a pu conserver le sang du cheval liquide ou non coagulé, dans des conditions telles que certainement les hématoblastes s'altèrent. Il est donc évident que si ces expériences étaient exactes, il y aurait lieu de rechercher sur quels autres facteurs du processus de coagulation s'exerce l'action anticoagulatrice, ce qui compliquerait singulièrement la question qui nous occupe. J'ai donc cru devoir vérifier parmi les expériences de M. Glénard celles qui pourraient être opposées à ma théorie.

D'après cet observateur, le sang du cheval se conserverait indéfiniment liquide dans un segment veineux, détaché du corps de l'animal. Le 6 mars, à 9 heures 5 minutes du matin, M. Barrier place une jugulaire externe de cheval, pleine de sang, dans une éprouvette contenant quelques centimètres cubes d'eau, afin d'empêcher la dessiccation. L'éprouvette, bien bouchée, est maintenue dans un laboratoire dont la température est de 18° à 19°, pendant le jour. Le lendemain, à 6 heures du soir, le plasma commence à se coaguler; mais, en plaçant la veine horizontalement, la couche des globules rouges fait irruption sur plusieurs points dans la

(1) Fr. GLÉNARD. Contribution à l'étude des causes de la coagulation spontanée du sang à son issue hors de l'organisme. Application à la transfusion. (*Thèse de Paris*, n° 50, 1875.)

couche incolore et tend à l'infiltrer. Le lendemain matin, on constate une coagulation complète du sang contenu dans la veine. Celle-ci commence à répandre une légère odeur de putréfaction.

La conservation de la fluidité du sang est donc incompatible avec l'altération cadavérique de la veine et de son contenu.

D'après M. Glénard, lorsqu'on laisse le segment veineux se dessécher à l'air, il prend, au bout d'un temps variable, la consistance de la corne. Si, à ce moment, on reprend le plasma, transformé par la dessiccation en une masse dure et transparente et qu'on le désagrège dans l'eau, il s'y dissout et ce liquide est susceptible de se coaguler en masse, même après filtration.

Le 12 mars, M. Barrier enlève chez un cheval, à 8 heures 45 minutes, une jugulaire externe, pleine de sang, et la suspend dans son laboratoire, dans une atmosphère dont la température varie de 16° à 20°. Il note les modifications suivantes :

Le 13, à 8 heures du matin, pas de coagulation. La partie supérieure de la veine, contenant le plasma, s'allonge en pointe effilée par suite de la transsudation. La partie inférieure, renfermant les globules, se dessèche sans diminuer notablement de volume. A 4 heures du soir, le plasma est coagulé, la couche des globules est très épaissie, mais ne paraît pas prise en masse. Les jours suivants, la transsudation et la dessiccation augmentent et marchent de pair.

Le 19, la dessiccation paraît complète. Je trouve le contenu de la veine transformé en une matière cornée, jaunâtre, au niveau de la portion plasmatique; d'un rouge brun, au niveau de la partie cruorique. Avec un fort scalpel, il m'est facile de détacher de cette substance cornée des copeaux minces et transparents. En les examinant au microscope, dans une goutte d'eau, on reconnaît qu'ils contiennent un très dense feutrage de filaments de fibrine.

Après avoir concassé ces morceaux de sang desséché, on les met dans l'eau ; ils s'y dissolvent très lentement en laissant un résidu important. Cette solution reste incoagulable.

Une autre expérience semblable a donné le même résultat.

D'après M. Glénard, en plongeant un segment veineux rempli de sang dans l'eau distillée, on retrouve le lendemain, dans l'intérieur du vaisseau, un sang fluide, dont les hématies sont décolorées, dont le plasma a conservé sa transparence et sa couleur jaunâtre, et qui se coagule parfaitement.

Le samedi 4 mars, M. Barrier enlève une jugulaire pleine de sang et la plonge, à 2 heures 1/2, dans une éprouvette remplie d'eau distillée (températ., 17° environ). Le 5 mars à la même heure, c'est-à-dire au bout de vingt-quatre heures, je retrouve la veine tendue, œdémateuse. La séparation des couches s'y est bien effectuée, mais le plasma est coloré. Après avoir placé une ligature à la partie supérieure de la couche des globules rouges, on ponctionne la veine au niveau de la portion plasmatique, à l'aide d'une canule de verre effilée. Le plasma qui s'écoule est coloré en rouge clair par de l'hémoglobine dissoute.

Au microscope, on constate dans ce liquide la présence de quelques stromas de globules rouges vésiculeux et décolorés ; un nombre assez considérable de petits amas d'hématoblastes, profondément altérés et réunis par une matière finement granuleuse ou filamenteuse ; quelques rares globules blancs gonflés par l'eau.

Pour vider complètement le segment veineux, on y plonge un scalpel ; l'ouverture ainsi faite est immédiatement bouchée par des grumeaux rosés. Le liquide, reçu dans un verre à expérience, laisse déposer des grumeaux du même genre.

Ces grumeaux sont constitués par des amas considérables de granulations et de corpuscules protéiques provenant des hématoblastes altérés. Quelques hématoblastes et globules rouges nains sont faciles à reconnaître au milieu des autres granulations. Entre ces grandes masses granuleuses, on voit des mèches filamenteuses de fibrine et, de temps en temps, en parcourant la préparation, des globules blancs qui ont été presque tous altérés par l'eau.

Pendant que le plasma ainsi obtenu est conservé à la température du laboratoire (17°,5) on examine la veine. On constate que la ligature a enserré une grosse con-

crétion fibrineuse qui flottait à la surface des globules rouges et on recueille la couche des globules rouges. Elle est transformée en un liquide sirupeux qui contient deux caillots cruoriques assez volumineux et de nombreuses petites masses cruoriques, d'une consistance analogue à celle de la bouillie. On filtre sur un linge fin de manière à pouvoir observer séparément cette bouillie et la partie restée fluide. Dans cette dernière, les globules rouges sont presque tous décolorés ou en voie de perdre leur hémoglobine; le liquide qui sépare les globules est fortement teinté.

On conserve donc dans des éprouvettes distinctes les liquides ainsi obtenus. Le premier jour, pas de modifications appréciables. Le lendemain 6 mars, le plasma a laissé déposer une couche assez épaisse de grumeaux, au-dessous desquels s'est produit un dépôt blanchâtre, composé de globules blancs. Il est devenu parfaitement limpide et d'une coloration qui rappelle celle du picrocarminate d'ammoniaque étendu d'eau. Les caillots cruoriques provenant de la couche des globules rouges ne se sont pas modifiés sensiblement. De même le liquide obtenu par filtration reste incoagulable. Les jours suivants, les divers liquides se putréfient sans se coaguler de nouveau.

La même expérience répétée quelques jours plus tard donne absolument le même résultat; c'est-à-dire une précipitation dans le plasma de grumeaux fibrineux et une transformation de la couche des globules rouges en une sorte de bouillie, gelée de groseilles. L'eau distillée, en pénétrant peu à peu à travers la paroi veineuse, tend donc à détruire les éléments du sang et, après avoir altéré les hématoblastes, provoque une sorte de défibrination analogue, dans la couche plasmatique, à celle que l'on obtiendrait par le battage.

Il peut se produire d'ailleurs dans le sang deux sortes de coagulation. Lorsque la matière qui se précipite est uniformément répartie, le sang se prend en masse, à peu près comme une solution de gélatine saisie par le froid. Quand, au contraire, la matière coagulable est enlevée au fur et à mesure de sa formation, les hématoblastes et la fibrine se séparent sous une forme concrète, par défibrination. Ces deux modes de coagulation qu'on obtient à volonté sur le sang extrait de l'organisme, suivant qu'on l'abandonne à lui-même ou qu'on le soumet au battage, se rencontrent également dans les vaisseaux. Sur le vivant, la coagulation par défibrination est le procédé le plus fréquent. Une partie de la paroi cardio-vasculaire joue le rôle de corps étranger au niveau duquel le mouvement naturel du sang donne lieu à une sorte de battage. Et dans ce cas, il se produit quelque chose de particulier : comme le renouvellement incessant du sang amène constamment de nouveaux hématoblastes au contact du corps étranger ou du point de la paroi qui en tient lieu, le sang se dépouille de ses hématoblastes avant que la fibrine ait le temps de se précipiter, de sorte que le coagulum est formé presque exclusivement par un amas d'hématoblastes. C'est ainsi que se forment, dans la majorité des cas, les thromboses pariétales dans le cœur et dans les artères. Ces concrétions, presque exclusivement hématoblastiques, me paraissent correspondre à ce qu'on désignait autrefois dans la description des anévrismes sous le nom de caillots *actifs*.

Mais lorsque le sang stagne dans des vaisseaux altérés, ou y circule avec une lenteur extrême (varices, phlébites, stase prolongée, etc.) la coagulation en masse peut avoir lieu en produisant des caillots analogues aux caillots *post mortem*, c'est-à-dire ce qu'on a appelé, par opposition aux caillots actifs, des caillots *passifs*. Dans les segments veineux détachés du corps, il semblerait, au premier abord, que la coagulation dût toujours se produire en masse, le sang restant en stagnation sans se renouveler. Il est donc tout à fait curieux de constater que la pénétration d'eau par endosmose dans le sang d'un segment veineux y détermine une sorte de défibrination.

Cette particularité résulte-t-elle des courants liquides qui doivent incessamment agiter la masse fluide du vaisseau? Les grumeaux, constitués surtout par les hématoblastes altérés par l'eau, entraînent-ils avec eux la totalité de la fibrine ou une partie seulement de celle-ci? Je chercherai plus tard à résoudrre ces questions accessoires. Toutefois, je crois pouvoir affirmer qu'il doit rester bien peu de fibrine dans

le sang dilué, puisque, recueilli dans un verre à expérience, il conserve indéfiniment sa fluidité.

En résumé, contrairement à ce qu'on aurait pu conclure de certaines expériences de M. Glénard, lorsque les segments veineux sont conservés dans des conditions telles que les hématoblastes s'altèrent à l'intérieur des vaisseaux, la fibrine se précipite.

4° *Impossibilité d'obtenir un plasma incoagulable.* Le rôle des hématoblastes ayant été rendu de plus en plus évident par les expériences précédentes, j'ai été conduit à essayer de séparer le plasma des hématoblastes avant toute altération de ceux-ci, dans l'espoir d'obtenir un liquide privé complètement d'éléments figurés et devenu par suite incoagulable.

A. Schmidt a échoué dans des tentatives analogues. En m'entourant de grandes précautions, j'ai pensé que si je ne réussissais pas mieux que lui, je pourrais du moins trouver la raison de cet insuccès.

Le 4 février, M. Barrier place à quatre heures du soir une jugulaire pleine de sang dans une éprouvette entourée de glace.

Le 5, à onze heures du matin, après avoir posé une ligature sur la partie inférieure de la couche plasmatique, on recueille le plasma à l'air par une température extérieure de 0°, et on en filtre une portion sur un double filtre de papier Berzelius.

Dès que la filtration est effectuée, on transporte les deux échantillons de plasma dans le laboratoire (temp. de 17° C.). Le liquide filtré contient de très rares hématoblastes vésiculeux et quelques globules rouges très peu nombreux aussi.

Le plasma non filtré renferme de nombreux amas d'hématoblastes ; une assez grande quantité de globules blancs et quelques globules rouges.

Au bout d'une heure et demie, le liquide non filtré commence à se prendre en gelée le long des parois du vase ; le plasma filtré est encore complètement liquide, mais, en inclinant le verre, on voit qu'il mouille fortement la paroi.

Vingt-cinq minutes plus tard, le liquide non filtré est complètement pris en gelée, on peut retourner le vase qui le contient sans qu'il s'en écoule une goutte, sans même que la masse se déforme ; le liquide filtré commence à s'épaissir.

Enfin, trente-cinq minutes plus tard, le plasma filtré se coagule, et, cinq minutes après, on peut retourner le verre qui le contient ; le caillot est aussi compacte que celui du plasma non filtré.

Pendant ce temps, la préparation de plasma filtré mise sous le microscope s'est coagulée également. On y voit un riche réticulum fibrineux que l'on colore à l'aide d'une solution d'eau iodo-iodurée. Il ne renferme presque aucun élément anatomique et cependant il est aussi riche en fibrilles que celui qu'on obtient avec le plasma non filtré.

On peut supposer, pour expliquer le résultat obtenu dans cette expérience, que les hématoblastes s'altèrent sur le filtre et que le plasma filtré renferme une certaine quantité de matière abandonnée par eux. En effet, nous savons déjà par des expériences antérieures que les hématoblastes contenus dans la veine sont en état d'altération imminente. Enfin nous voyons que tout en restant coagulable, le plasma filtré se coagule plus lentement que le plasma riche en éléments anatomiques et surtout en hématoblastes.

D'ailleurs si l'hypothèse que je propose est exacte, les diverses portions du plasme filtré doivent être de plus en plus coagulables, l'altération des hématoblastes sur le filtre s'accentuant progressivement.

Le 5 mars, à huit heures un quart du matin, M. Barrier place une jugulaire pleine de sang dans une éprouvette entourée de glace.

A deux heures de l'après-midi, la température extérieure étant trop élevée pour qu'on puisse faire une bonne filtration à l'air libre, on prépare pour recevoir le plasma le petit appareil suivant : Une petite éprouvette est mise dans un bocal contenant des fragments de glace ; à sa partie supérieure s'engage le col d'un entonnoir double entre les deux parois duquel on maintient des fragments de glace. Cet

entonnoir contient un triple filtre de papier Berzelius, et, au-dessus de lui, on maintient un cristallisoir rempli de glace.

On peut ainsi, à trois heures un quart, décanter le plasma de la veine et faire la filtration à 0°.

Au bout de vingt minutes, on examine le liquide retenu par le filtre. Il renferme des hématoblastes isolés ou en amas, ayant conservé presque absolument leurs caractères normaux. Cependant ils sont plus déformés et plus pâles que dans une préparation de sang pur et frais. Dans une préparation faite par dessiccation, on reconnait, à côté d'hématoblastes assez bien conservés, des éléments détruits.

Le liquide filtrant très lentement, on en recueille au bout d'une heure un premier échantillon qui est porté dans le laboratoire. (Temp. ext. de 19° C.)

Une demi-heure après, on transporte dans la même pièce le deuxième liquide filtré. Enfin, le troisième échantillon représentant les dernières portions qui ont traversé le filtre est également transporté dans le laboratoire.

On a eu soin, pendant la filtration, d'entretenir avec soin la glace.

Le plasma filtré renferme cependant quelques rares éléments anatomiques : des hématoblastes à peine reconnaissables, des globules blancs et des globules rouges intacts. On y aperçoit aussi de petites traînées de matière glutineuse analogue à celle qui se produit autour des amas d'hématoblastes.

M. Barrier a bien voulu suivre avec soin les modifications qui se sont produites dans les trois échantillons précédents. Le premier liquide filtré est resté limpide pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, il a commencé à s'épaissir et douze heures après on l'a trouvé coagulé en masse.

Les deux autres échantillons se sont coagulés au bout de trois heures seulement.

Ce résultat est très remarquable. Il est impossible, par les moyens que j'ai employés, de préparer un plasma complètement dépourvu d'éléments anatomiques. De plus, dès que le plasma est mis sur le filtre, les hématoblastes qu'il tient en suspension, s'altèrent. Cependant les premières portions du liquide filtré, obtenues au moment où ces éléments sont encore peu modifiés, restent environ soixante heures avant de se prendre en masse, tandis que les portions suivantes se coagulent dans lesmêmes conditions au bout de trois heures. Cette diminution énorme dans la coagulabilité de la première portion du plasma filtré nous permettra de préciser le rôle des hématoblastes.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE

LE PROCÈS DE L'IODOFORME (1).

II

En Angleterre et en Amérique, où on est, en général, resté fidèle au Lister primitif, l'iodoforme commence à peine à être discuté, comme par un pâle écho du débat retentissant ouvert en Allemagne.

Quelques lignes de *The Lancet* (2) ne font guère allusion qu'aux inconvénients signalés particulièrement par Zeissl, qui a observé une éruption érythémateuse généralisée à la suite de l'emploi de l'iodoforme chez deux enfants, et mentionnant les essais d'injection sous-cutanée d'iodoforme dans la syphilis, par Thomann, de Graz.

Samson Gamgee, de Birmingham, dans le même journal, ne voit aucune restriction à faire dans l'emploi de ce précieux antiseptique qui a nom l'iodoforme et qu'il emploie de préférence en solution alcoolique ou sous la forme de collodion iodoformé (3).

Enfin le *London medical Record* a donné l'analyse de quelques faits observés en Allemagne,

(1) Suite. — Voir l'*Union médicale* du 10 août 1882.
(2) *The Lancet*, 7 janvier 1882.
(3) *The Lancet*, 13 mai 1882.

entre autres du travail de Hocker (1) et *le Practitioner* se borne à rechercher les formes les plus avantageuses sous lesquelles l'iodoforme doit être employé en chirurgie (2).

Frank Foster, qui fait fréquemment usage de l'iodoforme en applications vaginales dans les affections utérines, à très petites doses, d'ailleurs, ne mentionne pas un seul fait d'intoxication dans plus de 100 cas (3).

Cependant Sands, qui paraît avoir accepté le pansement à l'iodoforme d'une façon générale, a eu quelques cas d'empoisonnements, dont 1 suivi de mort (4). Une femme de 36 ans, à qui il pratiqua la colotomie pour un cancer du rectum, et qui fut passée à la gaze et à la poudre d'iodoforme, présenta au huitième jour des phénomènes d'excitation psychique, refus de nourriture, absence de sommeil, accès de manie, qui amenèrent rapidement la mort. Il n'y eut pas d'élévation de la température, malgré un pouls élevé.

Une autre femme, de 50 ans, à qui on avait pratiqué l'amputation du sein avec le curage de l'aisselle, fut prise, dès le quatrième jour, de symptômes analogues, insomnie, délire des persécutions, refus de nourriture, anéantissement musculaire, sueurs profuses, etc., qui cessèrent à la suppression du pansement.

Le troisième cas est moins probant, la vésanie qui se développa, toujours chez une femme, opérée de nécrose du fémur, pouvant être sous la dépendance d'un état mental qui s'était manifesté antérieurement.

Il semble bien, parmi nous, que si on n'a qu'à constater la pénurie des documents à l'égard de cette question des dangers de l'iodoforme, c'est qu'on a procédé à cette expérimentation avec la prudence et la réserve qui sont dans le caractère et la tradition de notre saine Ecole française.

L'attention est, d'ailleurs, suffisamment éveillée aujourd'hui. Après le travail de Le Dentu, le mémoire de Röhmer, une Revue de Hassler (5) analysait presque simultanément la plupart des faits rapportés ici même. Les conclusions sont que l'emploi tempéré et plus rationnel de l'iodoforme doit exempter des inconvénients réels que l'abus seul peut entraîner. Cependant, notre collègue a peut-être forcé la note de la conciliation, quand il admet que l'innocuité d'un pansement n'est plus qu'une qualité accessoire à sacrifier, en quelque sorte, à la nécessité de l'antiseptie à tout prix.

Les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'iodoforme sont l'objet d'une thèse intéressante, passée tout récemment devant la Faculté de médecine de Lyon (6). Une série d'expériences sur les animaux, faites au laboratoire de l'Ecole vétérinaire sous la direction du professeur Arloing, complète et rectifie, dans une certaine mesure, les résultats déjà obtenus par Hogyes, Maître, Binz et Möller. Des graphiques remarquables, obtenus au moyen des appareils enregistreurs de Chauveau, font embrasser les modifications imprimées simultanément, dans l'empoisonnement iodoformique, à la respiration, au pouls et à la pression artérielle ; une analyse des gaz du sang précise un point obscur de cette action physiologique.

Il n'entre pas dans le cadre de cette revue de pénétrer dans tous les détails de cette expérimentation délicate ; il convient de noter que le docteur V. Martin a constaté de nouveau la dégénérescence graisseuse du foie, non celle des reins, du cœur ou des muscles. La congestion des poumons avec quelques foyers hémorrhagiques est la lésion la plus constante ; les constatations sont négatives quant aux altérations du système cérébro-spinal, et les accidents nerveux graves observés pendant la vie restent sans explication.

Dans les recherches destinées à contrôler l'assertion de Mosetig Moorhof, d'après lequel la nocuité du pansement à l'iodoforme serait surtout due à l'emploi simultané de l'acide phénique et à la néphrite phéniquée gênant l'élimination du médicament, V. Martin n'a pas réussi à produire, sur les animaux, ni l'albuminurie, ni la néphrite, par les injections hypodermiques phéniquées répétées et amenant la mort. A la vérité, comme dans ces expériences il n'était pas fait d'applications iodoformées simultanément, il resterait à savoir, pour les partisans quand même de la théorie de Mosetig Moorhof, si ce ne sont pas les effets combinés de l'acide phénique et de l'iodoforme qui produisent les désordres incriminés.

Un seul cas d'intoxication légère a été observé dans le service du professeur L. Tripier, où le pansement iodoformé est généralement employé, mais avec mesure. Il s'agit d'une femme de 61 ans, amputée du sein avec curage axillaire. Après cinq pansements, dans lesquels on a

(1) *The London med. Rec.*, 15 juillet 1882.
(2) *The Practitioner*, août 1882.
(3) *The New-York med.*, mars 1882.
(4) *The New-York med.*, n° 12, 1882.
(5) *Gazette hebdomadaire*, 28 juillet et 11 août 1882.
(6) *Étude expérimentale et clinique sur l'emploi chirurgical de l'Iodoforme*, par Victor Martin. Thèse de Lyon, 3 août 1882.

employé chaque fois de 15 à 25 grammes d'iodoforme, le quatorzième jour la malade fut prise de troubles vésaniques, perte de la mémoire, loquacité, délire, excitation, etc., qui ne cessèrent que huit jours après la suppression de l'iodoforme. Des troubles intellectuels d'une moindre gravité ont été observés chez un vieillard athéromateux.

On doit au docteur Falkson, de Kœnigsberg, un travail d'une date antérieure, conçu dans un esprit et une méthode presque identiques (1).

Dans ses expériences sur les animaux, il trouve la dégénérescence graisseuse du foie, de l'épithélium rénal, plus rarement du cœur; la gastrite et les hémorrhagies du poumon sont des lésions accidentelles. Le lapin supporte mieux l'iodoforme que le chien; les 2 lapins qui ont résisté (sur 5) avaient reçu par kilogramme de poids 3 gram. 3 et 8 grammes d'iodoforme cristallisé; tandis que le seul chien survivant (sur 7) n'avait reçu que 0 gram. 50 par kilogramme.

Cliniquement, la durée de l'élimination de l'iodoforme par les urines est souvent très retardée, jusqu'à onze et douze semaines, après la suppression du pansement; et même, fait exceptionnel, jusqu'à six mois (Gussenbauer) les urines de vingt-quatre heures contiennent communément 0 gram. 50 d'iode, et, dans un cas, jusqu'à 0 gram. 89.

Falkson rapporte 5 cas d'intoxication, dont 2 ont été déjà publiés par Hœftmann et cités ici : Echinocoques du foie; ouverture; mort rapide dans le délire. Femme de 70 ans, opérée d'un cancer de la mamelle; délire qui ne cessa qu'après la suppression de l'iodoforme. — dix-huit jours de manie chez une autre femme, à la suite d'une petite opération secondaire (un cancer du sein récidivé).

Un cas d'empoisonnement chronique est celui d'une femme atteinte d'arthrite traumatique du genou en bonne voie, pendant que, douée d'un appétit peu commun, elle arrivait peu à peu à un état squelettique. Ce n'est qu'au bout de douze semaines, tout l'iodoforme étant éliminé, qu'elle recommença à prospérer.

Pour Falkson et Schœnborg, c'est surtout l'abus de l'iodoforme qui en constitue le danger. Dans les cas de mort publiés par Henry (2), 100, 150 et même 200 grammes d'iodoforme avaient été employés. Gussenbauer a été à 220 grammes. Kœnig n'était guère plus modéré; et 20 et 40 grammes, chez des enfants de 5 à 9 ans, rendent suffisamment compte de leur mort dans des symptômes méningitiques. (*Mikuliez, Wien. med.*, R. XXII, 1881, 2-3.)

Les indications qui restent acquises à l'iodoforme, malgré tout, sont encore nombreuses. On fera prudemment de ne pas dépasser 10 ou quinze grammes. L'iodoforme cristallisé, moins aisément absorbable, est à préférer; il faut l'éviter dans les pansements clos et suturés des cavités d'où il ne pourrait plus être question de l'extraire en présence de dangers imminents. Comme la quantité d'iode éliminée, est, en vertu d'une loi générale, sous la dépendance de la quantité d'urine sécrétée, il faudrait, le cas échéant, pousser à la polyurie par la digitale, qui, en même temps, relèvera un cœur menacé.

Zeller, de Berlin, a aussi cherché à préciser quelques-unes des propriétés physiologiques de l'iodoforme (3). La solubilité dans le sérum n'est guère plus grande que dans l'eau 0,212 pour 1,000. L'absorption par le canal intestinal est très faible. Des chiens pouvaient recevoir 25 grammes sans grand inconvénient. V. Martin, à des doses moindres, il est vrai, a observé a même tolérance, de même que Righini; contradictoirement avec les expériences de Humbert et Moretin. Mais des accidents graves sont la conséquence de son application dans la cavité abdominale : 3 grammes déterminaient de l'albuminurie, la présence des sels biliaires dans l'urine, et la mort.

D'après Nussbaum (4), une grande prudence reste commandée dans l'emploi de l'iodoforme jusqu'à ce qu'on soit fixé sur ses inconvénients autant qu'on paraît l'être sur ses avantages. La dose maxima fixée par Mosetig lui paraît encore trop élevée. L'emploi simultané de l'acide phénique est à éviter; chez les gens gras, au cœur et aux reins malades, chez tous ceux qui présenteraient une contre-indication à l'emploi de l'iodoforme, on devra s'abstenir.

Etant posées ces réserves, on s'explique difficilement que l'iodoforme paraisse à Nussbaum le pansement idéal en chirurgie de guerre, et qu'il le salue emphatiquement, en cette spécialité, « comme les premiers rayons d'un soleil levant! »

Tel est aussi l'avis de Mundy (5); cet antiseptique de premier ordre est d'un emploi très pratique en campagne; l'eau, ou absente, ou lointaine, ou de mauvaise qualité, est ici inutile; c'est un pansement rare; enfin, comme le dit aussi Küster, tout danger paraît écarté par ce

(1) Gefahren, Ichattenserte, etc. *Archives de Langenbeck*, 1882, 1er vol., p. 112.
(2) *Deut. med. Woch.*, n° 34, 1881.
(3) *Central Blatt für chir.*, n° 29, 22 juillet 1882.
(4) *Aerztlich. Int. Blatt*, nos 16 et 17, 1882.
(5) *Berlin Klin. Woch.*, n° 14, 1882.

fait que les blessures sont petites (ce qui n'est pas absolument exact) et que les blessés sont des hommes jeunes et vigoureux.

Küster (1) publie deux cas de mort. On pratiqua à un homme de 65 ans l'ablation du iers de la langue avec résection du maxillaire inférieur. La plaie fut largement recouverte d'iodoforme. Au bout de quelques jours survinrent des phénomènes d'excitation mentale. On ne se crut pas tout d'abord fondé à incriminer l'iodoforme seul, attendu qu'il s'était développé un érysipèle grave. Mais celui-ci ayant cessé, les symptômes psychiques demeurèrent, survenaient des accidents pulmonaires qui l'emportaient. L'autopsie montra une plaie en bon état, mais un foyer pneumonique à droite et une forte bronchite généralisée. Ces lésions trouveraient sans doute leur explication dans les expériences d'Aschenbrand, rapportées plus haut sur la nocuité particulière de l'iodoforme employé au voisinage des voies respiratoires.

C'est ensuite une femme de 30 ans ayant eu deux attaques de péritonite, et qui fut opérée d'un kyste ovarique multiloculaire volumineux. 35 à 40 grammes d'iodoforme furent répandus dans la cavité du péritoine et la plaie extérieure suturée. Le troisième jour se déclarait une manie aiguë, et, le huitième jour, l'opérée mourait dans le collapsus.

L'iodoforme se comporterait dans certains cas comme un véritable corps étranger, dont la présence détermine un phlegmon. Son influence sur l'érysipèle est nulle. La dose de 10 gram. ne sera pas prudemment dépassée, surtout en cas de symptômes cardiaques.

Helferich, cité par le *Schmidt's Iahrbücher* (2), qui nous a déjà fourni de précieuses indications pour cette revue, ne voit pas d'inconvénients à l'association à l'iodoforme du Lister complet. Il n'a observé qu'un seul cas d'intoxication sur 300 observations; phénomènes nerveux relevant évidemment de l'iodosyncrasie et qui disparurent d'ailleurs en quelques jours.

John Merkel, de Nuremberg, partage cette sécurité (3).

(A suivre.) R. Longuet.

(1) *Berlin Klin. Woch.*, nos 14-15, 1882.
(2) *Schmidt's Iahrbücher*, 20 juillet 1882, n° 5. — *Bag. Arztlich Int. Bl.*, nos 12-13, 1882.
(3) *Idem*, 1881, n° 36.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 septembre 1882. — Présidence de M. Henri Bouley.

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Sorel, médecin-major de 1re classe à Sétif (Algérie), un travail intitulé : *Du traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude.* — 2° Au nom de M. le docteur Bouloumier, une brochure intitulée : *Secours aux blessés en temps de guerre.* — 3° Au nom de M. le docteur de Pietra-Santa, une brochure intitulée : *Assainissement de Paris; les odeurs de Paris et les systèmes de vidanges.*

—

M. Jules Guérin dépose une *note sur les inoculations virulentes préventives* et lit des conclusions de ce travail extrait des *Bulletins des sciences de l'Académie de Belgique.*

1° La méthode de l'inoculation de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine n'a pas prouvé jusqu'ici qu'elle reproduisît la maladie qu'elle a prétendu pouvoir reproduire;

2° Pour être légitimement fondé à le prétendre, elle devrait pouvoir, à la faveur de la cohabitation des animaux inoculés avec les animaux sains, provoquer chez ces derniers la maladie spontanée elle-même dont elle a cru transmettre l'essence et le germe;

3° Par suite de cette substitution d'un processus morbide artificiel au processus morbide naturel, cette méthode n'est pas plus fondée à conclure à la propriété prophylactique de l'inoculation, que cette dernière ne l'est à la reproduction réelle de la maladie dont elle a la prétention d'emprunter les éléments.

4° Quelles que soient la forme et la nature de la maladie reproduite par l'inoculation, celle-ci sera obligée de reconnaître, jusqu'à preuve du contraire, qu'elle devient, en vertu de la propriété virulente contagieuse, un foyer d'entretien, de renouvellement et de propagation de la maladie qui lui donne naissance.

5° Finalement, toutes les applications de la méthode générale d'inoculation préventive, dont l'inoculation de la péripneumonie bovine n'est qu'une application particulière, présentent les mêmes lacunes, offrent les mêmes inconvénients et réclament le même supplément de preuves pour être admises et se considérer comme capables de produire, reproduire et prévenir la maladie dont elles empruntent et cultivent les éléments.

—

M. ONIMUS lit un travail intitulé : *De l'importance du réseau lymphatique périphérique.* Voici le résumé de ce travail :

La rougeur de la peau survient dans beaucoup de circonstances et l'on a toujours fait intervenir comme cause unique les modifications qui ont lieu du côté des capillaires sanguins. Cette cause est incontestable, mais elle n'est pas exclusive, car il faut tenir compte de la couche plus superficielle formée par le réseau lymphatique qui renferme un liquide jaune pâle translucide.

Si la lymphe est abondante, la couleur rouge des vaisseaux sanguins sera atténuée et la peau paraîtra blanche; si la lymphe est rare et si le réseau lymphatique est vide, la coloration du réseau sanguin prédominera et la peau sera plus ou moins rouge.

Après une excitation de la peau, on constate d'abord une tache blanche, puis une tache rouge et enfin rosée, c'est-à-dire qu'au premier moment les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques sont vidés mécaniquement de leur contenu, d'où la tache blanche. Mais le sang revient aussitôt dans les capillaires, tandis que la lymphe ne remplit de nouveau le réseau lymphatique que très lentement. On voit alors de petites traînées blanches parcourir en tous sens la tache et finir par former une surface d'aspect rosé.

La plupart du temps, tandis que la ligne reste rouge, il se forme sur chaque bord une élévation blanche qui est due à l'accumulation de la lymphe. Lorsque l'élévation est considérable, comme dans certains cas pathologiques, si on vient à l'ouvrir avec une aiguille, elle laisse suinter une goutte de sérum jaune laiteux qui n'est autre chose que la lymphe.

Les deux élévations ne sont pas toujours identiques, celle du côté du cœur étant d'abord plus élevée, tandis que le contraire a lieu après quelques minutes.

Si l'on ne tient pas compte de ces phénomènes, on trouve des contradictions dans les ésultats obtenus par l'électrisation sur l'homme et sur les animaux.

En effet, l'électrisation cutanée qui incontestablement amène la contraction des vaisseaux sanguins, produit une rubéfaction de la peau et cela évidemment par la vacuité du système lymphatique.

Avec des courants continus, la rougeur est plus marquée au pôle positif, et cependant celui-ci détermine le plus nettement le resserrement des vaisseaux. C'est donc la construction des tubes lymphatiques qui peut seule expliquer l'effet obtenu.

Ces phénomènes sont la conséquence de la différence de structure des parois des capillaires sanguins et des capillaires lymphatiques.

Les changements de coloration de la peau si importants dans les différentes maladies, et même les modifications qui existent d'une personne à l'autre, dépendent donc, non-seulement de la circulation du sang, mais aussi de celle de la lymphe.

Dans tous les cas, si les excitants de la contractilité des capillaires rougissent la peau à leurs points d'application, cela tient, la plupart du temps, à la disposition de la couche blanche opaline formée par la lymphe, disposition qui fait mieux apparaître le réseau sous-jacent rouge des capillaires sanguins. (Ce travail est renvoyé à la section de physique médicale.)

—

M. le docteur Ch. BRAME (de Tours) lit un travail *Sur deux cas particuliers d'ophthalmie purulente chez l'adulte guéris rapidement*, par le chlorure ferrique en solution dans l'alcool, ou par une solution alcoolique de tannin, portés au bout d'une baguette de verre dans les fosses nasales.

— La séance est levée à quatre heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'albuminurie de l'état fébrile par le docteur EKSTEIN. — Après avoir discuté les diverses théories qui prétendent expliquer l'albuminurie dans la fièvre (congestion rénale avec augmentation de la tension sanguine, — diminution de celle-ci avec perméabilité plus grande des parois, — augmentation de cette perméabilité par suite du relâchement des tuniques vasculaires, — filtration plus facile à travers leur épaisseur, — altération de composition du sang avec production d'une variété d'albuminurie plus diffusible), le docteur Ekstein admet que dans tous les cas, il existe des altérations épithé liales du rein, probablement de nature inflammatoire et dues à l'action locale de substances infectieuses (bactéries, micrococcus ou autres micro-organismes).

On rencontre cette albuminurie dans la fièvre typhoïde (un tiers des cas), la fièvre intermittente (pendant les paroxysmes), les exanthèmes et surtout dans la scarlatine, l'érysipèle, la diphthérie, la pyohémie, la pneumonie et le rhumatisme. Dans ces maladies, la néphrite

aiguë serait donc une complication, indiquant non pas tant une influence nécessaire, mais bien un degré plus avancé des lésions parenchymateuses. (*The New-York med. journ*, mars 1882, et *Deutsch med Woch.*, décembre 3-17 1881.) — Ch. E.

Note sur un spasme fonctionnel du long péronier latéral et des jumeaux, par le docteur Bouveret (de Lyon). — La malade, âgée de 44 ans, exerce la profession de tisseuse. Elle présente de la douleur et de la déformation intermittentes du pied droit; pendant la marche, de l'engourdissement, de la fatigue, de la douleur, sur la malléole externe et le dos du pied; puis brusquement une forte déviation de ce même pied; le bord interne s'abaisse; la face plantière regarde en dehors et la pointe du pied se dirige en bas et en dehors, de sorte qu'un mouvement de torsion se produit dans l'articulation médio-tarsienne. En résumé, cette attitude est celle du pied bot valgus et par conséquent répond aux caractères que Duchenne assigne à la déformation par contracture du long péronier latéral. Ces accidents se montrent d'une manière intermittente et c'est pendant le travail du métier qu'ils se manifestèrent pour la première fois. Le traitement par les injections sous-cutanées de strychnine et la faradisation des muscles antagonistes, conseillées contre la crampe des écrivains, ne donnèrent qu'une faible amélioration.

Il existe une certaine analogie entre ce spasme fonctionnel et les phénomènes qui constituent la crampe des écrivains, d'autant plus que ce trouble de la motilité est limité toujours à un même groupe musculaire et qu'il augmente dès que la malade veut faire les mouvements rhythmiques nécessaires pour actionner son métier à tisser. (*Recueil de mém. de méd. et de chirurgie militaires*, p. 331, septembre-octobre 1881.) — Ch. E.

De l'arthritide polymorphe fébrile, à forme grave ou érythème papuleux, par le docteur Soulier. — Le malade, âgé de 16 ans, a éprouvé, il y a trois mois, de la douleur dans le genou gauche, puis dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du même côté. Les douleurs articulaires ont disparu depuis, et on a remarqué l'apparition d'une bouffissure de la face, de l'œdème des paupières, un léger souffle à la fin du premier bruit du cœur, et l'irrégularité du pouls.

Le 10 février 1881, le malade éprouve des douleurs polyarticulaires, de la fièvre et présente une éruption papuleuse, constituée par des vésicules larges, entourées d'une zone inflammatoire et accompagnée de céphalalgie et de vomissements.

L'éruption se fait par poussées successives, se généralise à la face et aux membres et coïncide à chaque poussée avec l'apparition de douleurs articulaires, d'œdème des paupières, de salivation et de fièvre. Le tracé thermique de cette fièvre rhumatismale rappelle celui d'une fièvre intermittente successivement quotidienne, tierce et quarte.

On emploie sans résultat le salicylate, l'iodure de potassium et le sulfate de quinine. Une amélioration apparente fut obtenue par l'eau de laurier-cerise, mais cette amélioration fut sans doute due à une simple coïncidence; la maladie durant déjà depuis environ trois mois. (*Lyon médical*, 2 octobre 1881, p. 154.) — Ch. E.

Hoquet persistant chez un tuberculeux, par M. Doché. — Chez un malade atteint de tuberculose, on avait constaté pendant les mois qui précédèrent la mort, un hoquet persistant, dont la cause ne pouvait être attribuée ni à une pleurésie diaphragmatique, ni à une péritonite subaiguë. Aussi on le considérait comme le résultat d'une compression du nerf phrénique. A l'autopsie on observa le développement considérable et l'induration de deux gros ganglions qui comprimaient le nerf phrénique gauche. Le poumon gauche était envahi par des granulations tuberculeuses,

Le nerf phrénique droit était également comprimé, mais moins fortement par des ganglions hypertrophiés tuberculeux. Il existait des adhérences de la plèvre diaphragmatique et du péritoine de la face convexe du foie. Il est probable que les lésions ganglionnaires et la compression du phrénique ont été la cause de ce hoquet persistant. Les pièces anatomiques ont été présentées à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux dans la séance du 17 mai 1881. (*Journal de méd. de Bordeaux*, p. 161, 20 novembre 1881.) — Ch. E.

Du bruit de succussion hippocratique, par le docteur Schiffers. — On admet généralement que le bruit de succussion hippocratique est une preuve de l'existence dans la cavité pleurale d'un mélange d'air et de liquide. L'intensité de ce bruit serait en rapport avec le degré de fluidité de l'épanchement et la quantité de gaz. En dehors de l'existence de cavernes pulmonaires et des épanchements de nature purulente, dans lesquels le mélange de liquide constitue la condition requise pour la production du phénomène, on peut encore rencontrer ce bruit chez des malades dont l'épanchement est de nature séreuse. Le docteur Schiffers cite une observation de pleurésie dans laquelle le bruit de succussion hippocratique fit croire

à un pyo-pneumothorax contre lequel on employa la ponction. Mais le liquide retiré de la plèvre était séreux, jaune citrin et ne contenait pas de globules purulents. Le malade était tuberculeux et la pleurésie ancienne. Senator (*Zeitschrift f. Klin. Medicin of Frerichs, und Leyden*, 1880, Bd. II, S. 231-254) admet que dans les cas de ce genre, l'air qui a pénétré dans les plèvres viendrait du poumon que cet air chargé d'acide carbonique posséderait une certaine action antiseptique et par conséquent serait impuissant à favoriser la purulence du liquide pleural.

Quelle que soit la valeur de cette théorie, il faut donc apporter une certaine réserve dans le diagnostic de la nature de l'épanchement, même quand il existe un bruit de succussion. Les ponctions exploratrices seront donc indispensables avant de procéder à l'opération de l'empyème. Par conséquent, au point de vue du diagnostic, le bruit de succussion signifie seulement qu'il existe un gaz et un liquide dans la cavité pleurale, mais non pas que ce liquide est de nature purulente. C'est donc plutôt un signe de probabilité qu'un signe de certitude. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, novembre 1881). — Ch. E.

Etude clinique sur la diarrhée dans le cancer de l'estomac, par M. le docteur Raymond Tripier. — Les théories de Brinton et de Trousseau, ne peuvent rendre compte de toutes les conditions dans lesquelles la diarrhée se produit chez les malades atteints de cancer stomacal. Le plus souvent, cette diarrhée qui alterne avec la constipation, quel que soit le siège ou l'état d'ulcération de la tumeur, dépend d'une autre cause que d'un état anatomique déterminé.

D'origine fonctionnelle, elle a été produite dans les vingt-huit observations de l'auteur par l'insuffisance du travail digestif stomacal ou par une irritation intestinale ayant pour point de départ les lésions anatomiques. La constipation reconnaît, sans doute, les mêmes causes. Il en serait alors de même que dans les dyspepsies où la diarrhée et la constipation se montrent isolément ou alternativement sans qu'il soit possible de déterminer exactement la cause de ces troubles.

La diarrhée du début donne lieu à des erreurs de diagnostic, d'autant plus faciles qu'elle est quelquefois le seul symptôme de l'affection stomacale. On peut alors confondre cette maladie avec la tuberculose pulmonaire, l'anémie progressive et la néphrite interstitielle, parce qu'on attribue la diarrhée le plus souvent à ces maladies cachectiques, dans lesquelles elle joue un rôle important. De plus, il existe aussi dans le cancer de l'estomac une diarrhée colliquative qui survient sous l'influence de causes qui échappent à l'observation clinique. — *Lyon méd.*, n°s 41 et 42. Octobre 1881.) — Ch. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 1er au 7 septembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 934. — Fièvre typhoïde, 63. — Variole, 5. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 24. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchites aiguës, 14. — Pneumonie, 41, Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 87 ; au sein et mixte, 54 ; inconnus, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 69 ; circulatoire, 48 ; respiratoire, 44 ; digestif, 41 ; génito-urinaire, 29 ; de la peau et du tissu lamineux, 11 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 18. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 36e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,190 naissances et 934 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 906, 1,100, 1,034, 1,006 Le chiffre de 934 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (63 décès au lieu de 82 pendant la 35e semaine) ; la Rougeole (7 au lieu de 19).

Une aggravation pour l'Érysipèle (7 décès au lieu de 4).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 5 décès par Variole (au lieu de 7) ; 1 par Scarlatine (au lieu de 2) ; 24 par Diphthérie (au lieu de 26) ; 6 par Infection puerpérale (au lieu de 5).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un

nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (197 malades reçus du 28 août au 3 septembre, au lieu de 251 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Variole (8 au lieu de 16). Il a été admis 21 malades atteints de Diphthérie : le même chiffre avait été indiqué dans le précédent bulletin.

Depuis longtemps, nous n'avions pas été appelé à constater des chiffres aussi faibles pour la Variole et pour la Diphtérie. Pour cette dernière affection, l'année précédente, à pareille époque, on n'enregistrait pas moins de 35 à 45 décès chaque semaine; on est descendu cette semaine à 24.

La Fièvre typhcïde, seule, reste toujours menaçante et bien qu'en décroissance, a encore fait entrer dans les hôpitaux, pendant la dernière période hebdomadaire 197 malades.

Le chiffre de 63 décès typhiques, mentionnés dans ce bulletin, ne comprend aucun décès de militaires. A ce sujet, nous croyons devoir faire remarquer que les seuls décès dont nous ayons connaissance sont ceux qui ont été enregistrés par les mairies de Paris. Si, pour un motif quelconque, des soldats atteints de Fièvre typhoïde, étaient dirigés par l'administration militaire sur un hôpital *extra muros*, comme il en existe dans le département de la Seine et que ces soldats vinssent à y mourir, leurs décès seraient enregistrés par la mairie de la commune dans le ressort de laquelle serait situé l'hôpital et ne viendraient pas s'ajouter à la mortalité de Paris, bien qu'en fait, la maladie y eût été contractée. Il convient donc de tenir compte de ces déplacments possibles, si on veut apprécier la mortalité relative de la population civile et de la population militaire.

Le quartier de *la Villette* est toujours très éprouvé par l'épidémie typhoïdique. En un mois il avait fourni 18 décès, et il en a encore compté 8 cette semaine.

Dr BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LA CYSTITE DU COL. — F. GUYON.

Chlorhydrate de morphine.	0 gr 60 centigr.
Eau distillée	30 grammes.

Faites dissoudre. — Une ou deux fois par jour, on injecte 10 à 20 gouttes de cette solution, dans le cas du cystite du col de la vessie. — L'appareil nécessaire pour porter l'injection sur le siège de la douleur se compose : 1° d'un explorateur à boule, en gomme, creux et percé avec une épingle à son extrémité renflée; 2° d'une seringue de Pravaz, donnant une goutte à chaque demi-tour de piston; 3° d'une canule d'argent très fine, longue de 35 millimètres, creusée d'un canal capillaire et s'adaptant à la seringue. L'explorateur est coupé à la longueur de la canule, de sorte que celle-ci introduite dans sa cavité, arrive au sommet de la boule, sans faire saillie au delà. On conduit l'instrument jusqu'au point à toucher, on fait faire au piston autant de demi-tours qu'on veut déposer de gouttes, puis on retire lentement l'injecteur, en maintenant la verge tendue sur l'explorateur, pour éviter le retour du liquide. — N. G.

COURRIER

CHOLÉRA. — Le gouverneur de Manille télégraphie que l'épidémie est heureusement entrée dans une période de décroissance, ayant seulement enlevé, depuis qu'elle a éclaté, 300 Européens contre 17,000 indigènes en cinq semaines de temps.

Tous les bâtiments venant d'Égypte, de Suez et de Manille sont soumis à une quarantaine rigoureuse aux îles Baléares.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CAFÉINE DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR (1)

(THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE),

Par le docteur Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon.

Si l'on restait sous l'impression de cette seule observation, on serait tenté de croire à la supériorité constante de la caféine sur la digitale, ou tout au moins de dire, avec M. Lépine, qu'elle « est l'égale de la digitale. » Je ne partage pas cette opinion qui me semble exagérée. Car, à côté de ce fait si favorable et d'autres encore que j'ai pu observer, il en est un assez grand nombre dans lesquels la caféine est sans action. Enfin, cette dernière substance ne réussit pas dans toutes les hydropisies et notamment dans les ascites dues à des cirrhoses du foie, où son administration est promptement suivie, sans que je sache encore pourquoi, de phénomènes d'intolérance, tels que les vomissements ; de plus, je l'ai donnée dans les néphrites parenchymateuses, et je l'ai vue sans action encore dans ces cas, tandis qu'elle paraît au contraire agir dans toutes les albuminuries d'origine cardiaque.

Je passerai rapidement sur l'action physiologique de la caféine, pour deux raisons : la première, c'est qu'il existe les opinions les plus contradictoires à ce sujet ; la seconde, c'est que je n'ai pas fait encore moi-même d'expériences sur les animaux et que je me suis borné à l'expérimentation clinique. Sans chercher avec H. Aubert et A. Dehn s'il faut attribuer aux sels de potasse que renferme le café, l'action vasculaire de cette substance (*Archives de Pflüger*, 1874), on peut voir les

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 14 septembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Voyage médico-philosophique à travers les Congrès. — Sur les bords de la Garonne. — La sous-section d'hygiène commerciale. — Le corset physiologique et le clysopompe de l'avenir. — La rade de Constantinople. — Médecine diplomatique. — Le Congrès de Buda ou la pomme et les belles. — Nos morts : Woillez et Desmarres.

Ce mois nemrodien est celui des loisirs. Maître Jean Lapin joue à l'Arabi devant les rifles de nos confrères devenus, pour la saison, de belliqueux soldats de Saint-Hubert ; la pêche mûrit ; Pomone triomphe : qu'il nous soit donc aussi permis de tourner le dos à l'anatomo-pathologie, de mettre la clinique en quarantaine et de fermer momentanément l'oreille aux bourdonnements des micro-biologistes actuellement grands envahisseurs du pays d'Epidaure.

Allons ! chers confrères, quittez la blanche cravate ! Dépouillez la gravité traditionnelle et la majesté doctorale ! Si vous le voulez bien, nous battrons ensemble les buissons. De Paris en Hongrie en passant par Bordeaux et Constantinople ! Quelle excursion. Ce n'est toutefois pas une odyssée, mon *tourisme* est modeste et je ne pose pas auprès de vous ma candidature au poste de moderne Mentor d'un autre Télémaque. C'est un voyage circulaire, à prix réduit, avec billets d'aller et retour valables pendant... une heure, arrêt facultatif dans les principales villes et buffet à tous les Congrès.

Maintenant, *go ahead !* L'express nous attend. A propos, n'oubliez pas votre lancette ; c'est une arme de précaution à notre époque de casse-têtes à l'américaine, de nocturnes attaques,

divergences d'opinion de nombreux auteurs. Ainsi, la caféine augmenterait la sécrétion d'urée (Lehmann et Liebig), elle la diminuerait au contraire (Bœcker, Rabuteau), ce qui paraît du reste confirmé parfois dans nos observations. Elle élève la température (Binz, Peretti); elle l'abaisse au contraire (Steward, Sève). Elle augmente le pression sanguine ou l'abaisse (Johannsen). Enfin, d'après Nothnagel et Rossbach, la sécrétion urinaire ne serait pas même activée, et c'est parce que, sous l'influence du médicament, les besoins d'uriner deviennent plus fréquents qu'on croit à tort au pouvoir diurétique de la caféine! Comment se retrouver au milieu de ce dédale d'explications? J'aime mieux aire en m'appuyant sur l'expérimentation clinique faite au lit du malade :

La caféine augmente la diurèse et la tension artérielle; dans une première phase de son action, elle active la circulation, et dans une seconde phase, qui survient très rapidement, elle ralentit au contraire les mouvements du cœur, le pouls tombant de 120 pulsations à 80 ou même 70; elle s'élimine rapidement et peut être donnée ainsi longtemps, pendant vingt à trente jours sans produire d'accidents toxiques ou d'effets accumulateurs comme la digitale; elle excite l'activité cérébrale, stimule les sécrétions gastriques, régularise la respiration (1).

Pour me résumer, je formulerai les conclusions suivantes :

1° Dans certains cas, la caféine est supérieure à la digitale, par suite de sa rapidité d'action, puisque j'ai presque toujours vu la diurèse suivre, dans les douze ou vingt-quatre heures, l'administration de cette première. C'est un avantage qu'il est quelquefois très utile d'obtenir dans les cas extrêmement graves et promptement mortels.

2° Si la diurèse caféique survient rapidement, elle n'atteint que très rarement les proportions de la diurèse digitalique, et elle n'a pas dépassé dans mes observations 3 à 4 litres d'urine par jour.

3° La caféine est encore supérieure à la digitale par suite de son innocuité d'action qui résulte de son élimination facile et rapide. On n'a pas à craindre en effet,

(1) Tout dernièrement, le docteur Steward (de New-York), dans une étude sur les propriétés thérapeutiques du thé et du café, affirme que cette dernière substance produit d'abord une action stimulante, augmente la tension artérielle; mais consécutivement elle détermine un affaiblissement de la puissance musculaire du cœur, et à doses toxiques, une diminution de la pression sanguine. Elle agirait, dans ce dernier cas, en paralysant les ganglions cardiaques. (*Therapeutic Gazette*, p. 203, juin 1882.)

---

de casquettes à ponts très mal famés, très mal portés, et dont aucun, vous le savez, ne méritera de la postérité le nom de pont des Saints-Pères.

***

Voyageurs ! en wagon ! et en route pour La Rochelle !

Que faire à La Rochelle ? Visiter les parcs à moules. Écouter les discours officiels et officieux. Non, assurément. Ces mollusques alimentaires ont assez fait parler de leur personne depuis quinze jours : qu'ils digèrent en paix. Quant aux travaux des membres du Congrès, ce n'est pas dans ce sous-sol qu'il convient de les apprécier ! Montez donc l'escalier, chers lecteurs, et adressez-vous au premier étage.

Faire de nos savants des Pierre l'Ermite prêchant la croisade contre l'ignorance, était une idée heureuse et noble. Les fondateurs de l'Association française en ont habilement compris l'opportunité au lendemain de l'année terrible. Onze années sont passées, et, de toutes les institutions que l'Europe nous envie, il n'en est pas peut-être une seule qui soit plus digne du respect et de la reconnaissance nationale. C'est elle, cette patriotique Association, qui popularise la science sans la rendre vulgaire, jette aux quatre vents du pays des semences de féconds progrès et entretient ce mouvement actuel de l'opinion en faveur de l'instruction générale.

Qui vive ? demandez-vous aux plus humbles des La Rochellois, tous en fête. — Association française pour l'avancement des sciences ! répondent-ils avec fierté. — Le mot de passe ? Dévouement à la patrie. — Le mot d'ordre ? Tout pour la France, pour l'honneur et pour la science.

comme pour la digitale, les effets accumulateurs et toxiques, les phénomènes d'intolérance gastrique, etc.

4° La caféine ne produit, dans mes observations, des symptômes d'intolérance sur l'estomac que dans le cas où le foie est altéré, comme dans la cirrhose.

5° Si la digitale est impuissante ou nuisible dans les cas où la fibre musculaire est atteinte de dégénérescence graisseuse, dans ceux où l'asystolie se complique d'un véritable état cardioplégique, la caféine, au contraire, peut dans ces conditions rendre de réels services.

6° Pour mieux caractériser les indications des médicaments cardiaques, je propose de reconnaître quatre périodes dans les maladies du cœur :

a. La période que j'appellerai *eusystolique*, avec M. Fernet, et dans laquelle il y a seulement *une lésion* et pas encore une maladie du cœur, période latente par excellence, où le traitement hygiénique doit jouer le plus grand rôle, où le traitement médicamenteux doit être nul;

b. Période *hypersystolique*, caractérisée par l'hypertrophie cardiaque. Si la compensation devient exagérée, la digitale plus encore que la ceféine est indiquée;

c. Période *hyposystolique*, caractérisée par la rupture de la compensation, l'affaiblissement des systoles ventriculaires, par des phénomènes d'asthénie ou d'ataxie cardiaque, et aussi par tous les symptômes servant à désigner l'asystolie des auteurs. Dans ces cas, la digitale réussit encore mieux que la caféine;

d. Période *asystolique*. C'est l'état cardioplégique de Gubler, caractérisé par une dégénérescence graisseuse du myocarde, l'affaiblissement *constant* du cœur et des vaisseaux, état qui confine souvent à la cachexie cardiaque. C'est dans ces cas que la digitale échoue souvent, et que la caféine peut rendre les plus grands services.

7° Ce qui démontre que la caféine est bien un médicament cardiaque, c'est que, si dans les maladies du cœur elle paraît diminuer la quantité d'albumine, dans les albuminuries d'origine non cardiaque elle ne produit aucun effet de ce genre; ce qui le prouve encore, c'est que son pouvoir diurétique est à peu près nul dans les affections du foie ou des reins, tandis qu'il est réel dans presque toutes les cardiopathies.

8° Si jusqu'à présent on n'a pas obtenu tous les bons effets qu'on pouvait attendre de l'emploi de cet agent, *c'est parce qu'on en prescrivait des doses trop faibles.* Il faut commencer d'emblée par 25 ou 50 centigrammes, pour arriver progressivement et *rapidement* aux doses de 50 ou 75 centigrammes, jusqu'à 1, 2 ou même 3 gram-

---

Est-il donc, en l'an de grâce 1882, beaucoup d'institutions dont on pourrait dire autant. Mais, tout est terminé, nos savants quittent La Rochelle. Ils sortent de la ville. Sonnez clairons ! Battez tambours ! Soldats, présentez les armes ! C'est l'avenir scientifique de la France qui va passer !

***

Saluons aussi, chers lecteurs, et allons à Bordeaux.

Dans la capitale de la Gascogne, autre Congrès doublé d'une exposition. C'est le Congrès de géographie. Qu'on y parlât seulement de géographie, le fait serait surprenant. On y a discuté aussi d'autres questions. On a excursionné sur le domaine de la médecine et de l'épidémiologie. Naïf, celui qui s'en étonnerait. Les géographes sont gens universels; rien ne les arrête, pas même l'inconnu d'un voyage en pays étrangers.

Eh bien, mon enthousiasme ne va pas jusqu'à réclamer avec un des congressistes la création, sur les bords de la Garonne, d'un laboratoire de micro-biologie, spécialement affecté à la culture des germes infectieux du typhus amaril. Pour une fois, je partage les opinions de Monsieur Prudhomme. La fièvre jaune est contagieuse ou ne l'est pas ? Pas n'est besoin d'un microscope pour le savoir. Si elle est contagieuse? pourquoi créer en Europe un foyer épidémique et ne pas entreprendre les cultures expérimentales dans les pays d'origine de la maladie, au Sénégal ou aux Antilles. Si elle n'était pas contagieuse? — (Qui donc oserait le nier ?) — Eh bien, micro-biologistes, quelle excellente occasion pour vous de visiter les côtes d'Afrique et le golfe du Mexique. Vous êtes médecin et vous aimez la géographie : tout sera pour le mieux; votre art et votre passion seront à la fois satisfaits.

***

mes. Cette dernière dose doit être cependant très rarement atteinte. La quantité de caféine (car c'est la caféine et non les sels de caféine que j'emploie) doit être prise en trois ou quatre fois dans la journée, afin que le malade soit continuellement sous l'influence de son action.

9° J'ai employé aussi quelquefois la caféine en injections sous-cutanées, et j'ai, dans certains cas, associé la digitale et la caféine. Mais ces derniers faits sont trop peu nombreux encore pour que je puisse formuler à cet égard des conclusions précises. Je crois cependant que la pratique des injections hypodermiques de caféine, devenue maintenant plus facile, grâce à la formule proposée par M. Tanret, doit être prescrite dans tous les cas où l'on veut agir rapidement et sûrement.

En résumé, au sujet de l'action de la caféine, je ne saurais trop répéter ce que j'ai dit au commencement de cette communication : La digitale reste et restera toujours le grand médicament du cœur. Mais dans les cas où elle est inutile ou insuffisante, dans ceux surtout où elle devient nuisible, il faut toujours penser à l'emploi de la caféine, qui, dans certaine circonstances encore incomplètement connues, peut produire les meilleurs effets, à la condition expresse, je le répète encore, d'être administrée à dose suffisante. Ainsi se trouve, en partie du moins, démontrée cette assertion que j'émettais au début de ce travail, à savoir qu'il n'y a pas un seul, mais qu'il y a, au contraire, plusieurs médicaments cardiaques. Le corollaire presque obligé de cette proposition, c'est qu'il n'y a pas une asystolie, mais plusieurs espèces d'asystolie. C'est là une question éminemment pratique, que je me propose d'étudier avec vous dans une de vos prochaines séances.

LE SERVICE DE SANTÉ ANGLAIS EN ÉGYPTE [1].

II

Le service de santé en campagne, dans l'armée anglaise, a été réorganisé par acte du 1er janvier 1878, sur des bases presque absolument identiques à celles de l'organisation allemande. En voici les principaux traits :

Sur le terrain même de l'action, les secours les plus urgents sont donnés par les médecins de régiment (un par bataillon) assistés de brancardiers régimentaires, dans la proportion de

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 septembre.

Ceci dit, voici la porte de l'Exposition. Sur l'avis d'un confrère des bords de la Garonne, qui m'en avait dit merveille l'autre jour à La Rochelle, pendant la séance de la section médicale, cherchons, si vous le voulez bien, la salle réservée à la sous-section d'hygiène spéciale.

Décidément, les dieux protègent nos pas ! Nous entrons dans la salle au moment opportun, psychologique et physiologique. Le jury vient de délibérer. « Sabre de bois, s'écrie mon cicérone girondin, voyez ce fait étrange ! Bordeaux est bien la première ville de l'Univers ; elle possède ce que les autres n'ont pas ! Voyez ! le fait est unique ! pas de sonnette sur le bureau du président du jury ! et ils sont cinq ! Pas de sonnettes ! alors que dans les moindres réunions délibérantes, il faut une cloche, une grosse cloche, presque un bourdon pour diriger les débats. Et ici pas de sonnettes, pas de coups de sonnettes. Et dire que l'ouverture de la séance a été annoncée par un coup..... de clysopompe. » Hygiène spéciale et couleur locale, sans doute !

Il est vrai que ce clysopompe n'est pas un clysopompe ordinaire. Il est même bien supérieur au fameux *clysopompe à musique*, donnant des clystères en mesure. Celui-là appartient à l'histoire ancienne ! Le clysopompe *silencieux* est le roi des clysopompes. Ne criez pas à la fumisterie ! autrement je vous parlerais du *hamac suspenseur* et du *corset physiologique*.

Par la barbe d'Esculape, si toutefois ce demi-dieu en avait une, quelle admirable et fructueuse science que l'hygiène commerciale. Discrétion et sécurité, silence et mystère ; traitement facile à suivre même en voyage. Plus de *pilules désobstruantes* ! Soyez content, M. Fleuret, le lavement est réhabilité. Et vous, consolez-vous dans le *hamac suspenseur*, infortunés éclopppés des perfides *Jeux de l'Amour et du Hasard*.

Hygie possède donc plus que jamais de nombreux adorateurs. Nos hygiénistes de profession en seront très aises. La sous-section d'hygiène spéciale est une utilité pour tout congrès qui se

2 brancardiers par compagnie, et avec le matériel sommaire que leur fournissent deux havresacs d'ambulance et un brancard par 2 porteurs.

La première ligne de secours, armée de moyens d'action étendus et efficaces, est en réalité constituée par la compagnie des brancardiers de corps d'armée (une compagnie par division) qui vient prendre le contact avec les combattants le plus près possible du feu. Cette compagnie de brancardiers, placée sous les ordres d'un chirurgien-major, dispose d'un personnel de 7 médecins (non compris le médecin en chef), de 95 brancardiers, de 3 officiers de la troupe de santé (Army hospital Corps, correspondant à nos officiers d'administration et hôpitaux), d'un officier du train, d'un certain nombre d'infirmiers et de conducteurs du train ; en tout, 216 personnes, cadres compris. 33 voitures sont affectées au transport des blessés et des malades ; plus des fourgons de chirurgie, voitures à eau, etc. Les brancardiers, formés en équipes de 4 hommes avec 1 brancard, vont sur le terrain ramasser les blessés, les apportent à l'ambulance installée sous ses tentes, ou dans des bâtiments à proximité ; de là, après les premiers pansements, les opérations d'urgence pratiquées, ils sont évacués le plus tôt possible sur les hôpitaux mobiles de deuxième ligne.

Deux de ces hôpitaux mobiles sont affectés à chaque division : installés un peu en arrière de la ligne d'opérations, chacun d'eux est en situation de traiter 200 malades. Leur consigne est d'évacuer tous les malades dans le plus bref délai, en ne gardant que ceux qui ne sont pas transportables ou qui peuvent reprendre leur service en peu de jours. En cas d'urgence, ces hôpitaux de deuxième ligne sont appelés à faire office de première station de pansement. 7 médecins et 68 infirmiers et conducteurs suffisent à ce service.

En dernier lieu, les hôpitaux de campagne sédentaires ou de troisième ligne (13 par corps d'armée) installés sur les lignes de communication ou sur la base d'opérations. Leur composition est la même que celle des hôpitaux mobiles, moins les moyens de transport. On les installe, en général, auprès des stations, dans les ports, dans les localités les plus accessibles et offrant les débouchés les plus faciles. Ils sont placés sous la direction du chirurgien général de la base d'opérations, qui agit, jusqu'à un certain point, indépendamment du chirurgien en chef du corps d'armée mobile, dont les attributions sont déjà suffisamment absorbantes, même avec l'assistance de l'état-major médical assez nombreux qui lui est attribué.

C'est véritablement la première fois que le service sanitaire anglais est appelé à fonctionner dans les conditions inaugurées par l'acte du 1er janvier 1878. Lorsqu'éclata la guerre du Zoulouland, cette organisation n'était pas encore sortie de cette période de laborieuse transition qui précède, en administration, l'établissement de tout nouvel ordre de choses. Le terrain était d'ailleurs trop restreint pour que le mécanisme en création put déployer le jeu complet de ses rouages, et que l'épreuve des faits fût suffisamment concluante. Sur les rives de l'Inyesane, enfin, comme sur les hauts plateaux de l'Afghanistan, l'action militaire fut

---

respecte. Enfin, cette fable montre, car ce récit est une fable de Gascogne, que le clysopompe silencieux est l'instrument de l'avenir, et que le hamac suspenseur n'est pas une sorte de..... balançoire naturaliste.

***

Nous sommes en mer. Pour aborder en Hongrie, notre yacht, à propulseur électrique, doit remonter le Danube. Gibraltar, Malte, Alexandrie sont passés ; et nous jetons l'ancre dans la Corne-d'Or.

Regardez donc, là-bas ! Quelles sont ces ombres solitaires. Il est l'heure du crépuscule. Lentement elles glissent le long de ce mur, de ce grand mur, de ce mur noir. Ce sont encore des Congressistes. Une porte mystérieuse s'entre-baille devant chacun d'eux et rapidement se referme sur leurs talons.

Ceux-là sont discrets et moroses, j'allais dire hypochondriaques. Quel contraste avec les gens trop diserts des conférences pédagogiques ! Pas d'enthymème, pas de catachrèses ; les fleurs de rhétorique ne s'épanouissent pas en ce lieu. Quelle taciturnité ! Ici c'est la conspiration du silence et le rendez-vous des sous-entendus.

La pathologie a ici sa place ; vous pouvez m'en croire, nosologistes, mes lecteurs. Médecine et diplomatie ! tous les arts sont frères. Vos facultés diagnostiques trouveraient ici à s'exercer. Examinez donc les partenaires de ces tables à jeu, sur lesquelles se décident les destinées des nations. L'*amnésie* des contrats leur vient en aide avec l'*agraphie* par calcul ; de là, sans doute, les négociations dites *ad referendum*. L'*aphonie* se complète de la *cécité* de certains mots et avec l'*asyllabie* pour appui, il est toujours possible de dire oui ou de ne pas prononcer non : c'est l'art de parler pour ne rien dire. Ajoutez à ces avantages, celui d'être, au besoin, ou muet, ou sourd ou aveugle, et votre Talleyrand sera parfait.

presque nulle, et toute une partie de ce programme, précisément la plus discutée, l'assistance sur le champ de bataille même, fut forcément reléguée au second plan.

Le chirurgien général en chef, J. A. Woolfryes, rend compte dans son rapport des premières difficultés que souleva la question des voitures d'ambulance. Quand on voulut utiliser les banquettes à ressort qu'on installait, au Cap, dans les voitures à bœufs du pays, il se trouva que les voitures de Natal n'étaient pas assez vastes pour les recevoir. On dut s'en servir telles quelles, et on commanda à l'industrie locale un certain nombre de véhicules d'un modèle très simplifié; mais, en définitive, ce service ne fut assuré que lors de l'arrivée tardive, d'Angleterre, de 30 voitures règlementaires. Quant aux wagons de pharmacie et de chirurgie, ils parvinrent trop tard pour qu'on pût les utiliser.

Autre école avec les cacolets et les litières; les chevaux indigènes et les bœufs s'abattaient sous la charge : on ne put s'en servir de toute la campagne. On institua dès le principe un corps de brancardiers indigènes et l'ont fit bien; les réguliers de l'Army hospital Corps ne parvinrent que beaucoup plus tard à Natal, et prirent peu de part aux opérations.

Cependant les résultats de cette campagne ne furent pas absolument stériles. On prend connaissance avec fruit, dans le rapport de Woolfryes, des détails de mesures d'hygiène, d'administration, d'ordre et de discipline, prescrites par le médecin en chef, dans la plénitude de ses attributions; et les médecins des corps et des hôpitaux nous ont laissé, pour servir à l'histoire de la fièvre *typho-malariale*, une série de documents d'un réel intérêt.

En essayant de compléter et d'éclaircir les renseignements numériques quelque peu confus, rapportés plus haut d'après le *Medical Times and Gazet*, au moyen du document presque officiel publié par le *Times* du 16 août, on reconnaît que, pour le corps d'armée incomplet (deux divisions) qui constitue jusqu'à ce jour l'armée d'Egypte, il a été mobilisé deux compagnies de brancardiers (?), quatre hôpitaux de campagne mobiles avec trois de réserve, et que les hôpitaux de campagne sédentaires ou de troisième ligne sont essentiellement représentés par les transports-hôpitaux, et les hôpitaux de Chypre et de Gozzo.

Des modifications de détail, pour le personnel comme pour le matériel, pourront être introduites au plan primitif de mobilisation, pour répondre aux nécessités spéciales de la guerre égyptienne. C'est ainsi que, en vue du transport à dos de mulet ou de chameau, le seul possible, la plupart du temps, en l'état primitif de la viabilité arabe, une partie du matériel d'ambulance a été serrée dans de solides caisses de bois, dont le poids maximum ne dépasse pas 250 kilog. La tenue des médecins a été ainsi fixée : veston et pantalon de serge bleue; casque indien avec turban foncé, liséré noir et voile bleu; toque des artilleurs aux insignes distinctifs.

Les bateaux-hôpitaux ont fonctionné dès les premiers jours : tous les blessés du bombardement d'Alexandrie ont été immédiatement transportés à Gozzo, dans de bonnes conditions. Le plus grièvement atteint est un matelot de 18 ans qui a reçu une triple blessure : fracture comminutive de la mâchoire inférieure; fracture de la clavicule gauche, plaie profonde, péné-

---

Il peut encore faire l'Argan avec l'aide d'un M. Purgon quelconque. C'est alors le comble de la médecine diplomatique. La gourmandise et les indigestions pouvaient gouverner le monde au temps de Brillat-Savarin ! Il n'en est plus ainsi. Le jour est prochain où l'arme des matassins doit remplacer le krupp et le remington. Demandez plutôt au plus indisposé des chanceliers teutons. Le clystère devient une institution internationale, et le clysopompe un instrument diplomatique !

Pardonnez-moi, chers lecteurs, cette attaque nouvelle de monomanie *discourante*. J'ai omis, pendant ce temps, de prendre le croquis de Sainte-Sophie et le profil du Grand-Turc lui-même; mais, pour réparer mon omission, consultez le Guide Joanne, ce précieux indicateur des voyageurs en chambre et des navigateurs qui font le tour du monde sur l'impériale du chemin de fer de ceinture!

***

Hongrie! Hongrie! nom désormais célèbre dans les annales de l'humanité féminine. Hongrie! pays des chevaliers servants, des blanches haquenées, des romantiques et romanesques chevauchées, des damoiselles et des damoiseaux, des pages trop gracieux et des écuyers peu aimables!

Gaudissez-vous, archéologues, ethnologues! nous sommes en pays d'un autre temps. C'est un retour vers l'âge d'or, à l'époque du métal blanc, du bronze d'aluminium et du simili-or.

Ici le maquillage est inconnu! Le fard, la poudre de riz, la veloutine, le lait de nymphe, l'eau virginale ne sont plus en usage. Pour ne pas être des bergères à la Watteau, les citoyennes de Buda, car nous sommes à Buda, en Hongrie, n'en sont pas moins, croyez-le bien, des beautés souveraines.

trant jusqu'à l'artère sous-clavière; enfin, fracture comminutive de la première côte avec plaie pénétrante de la poitrine. Chez un autre, fracture compliquée de la jambe droite faisant craindre l'amputation; chez un troisième, auquel avait été pratiquée l'amputation au tiers inférieur, à Alexandrie, la gangrène du moignon a nécessité une nouvelle amputation au-dessous du genou.

Ce n'est pas cependant le *Carthage* qui fait le voyage d'évacuation. Ce superbe vaisseau continue à défrayer les correspondances anglaises, qui s'épuisent en formules admiratives. Le duc de Cambridge, qui l'a visité au départ dans les docks Albert, n'a pas ménagé les compliments. A bord, des pankas indiens destinés à la ventilation, des appareils de réfrigération et des chambres à glace pour les besoins de la table et de la chirurgie, etc. On prétend que par la couleur de la coque, peinte uniformément en blanc on obtient une diminution de 5° dans la chaleur intérieure.

Un marin du *Superb* descendu à terre, ayant omis de répondre au qui-vive d'une sentinelle anglaise reçut une balle qui a traversé l'avant-bras de part en part, au niveau de la tête du radius, sans lésion osseuse ni artérielle. Le *British medical Journal* rappelle à cette occasion que pendant la guerre de Crimée, un jeune chirurgien anglais de grand avenir fut tué net, dans les mêmes circonstances par une sentinelle française.

Les bruits alarmants déjà répandus sur l'état sanitaire des troupes anglaises, qu'une certaine presse représente comme décimées par la diarrhée, la dysenterie et l'ophthalmie, ne doivent être accueillis, jusqu'à présent, qu'avec la plus grande réserve. On a, en effet, observé quelques diarrhées sur les marins du corps de débarquement, et une correspondance d'Alexandrie prétend qu'ils sont tenus difficilement en garde contre les séductions dangereuses, dans ce climat et par cette saison, des boissons alcooliques. La santé du général en chef, sir Garnet Wolseley n'est pas sans éveiller quelque sollicitude. L'honorable général, qui a rapporté de ses nombreuses campagnes coloniales de graves atteintes d'impaludisme, devait rejoindre son corps d'armée par la voie de Brindisi. Dans une consultation à laquelle ont pris part sir William Jenner et sir James Paget, il a été décidé qu'il était prudent d'éviter les fatigues de ce long voyage en railway, et sir Garnet Wolseley s'est embarqué sur la Calabria, directement pour l'Egypte.

Une des premières préoccupations qui s'est imposée aussitôt le débarquement à Alexandrie, a été de procéder à l'assainissement de la ville. Des centaines de cadavres gisaient au milieu des ruines du bombardement et parmi les immondices et les ordures sans nom qn'accumule l'incurie orientale; des légions de chats, de chiens, de moutons et de chèvres, errants à l'aventure après la mort ou la fuite des maîtres, venaient mourir de faim, de soif, sur les places, dans les rues, ajoutant à ce méphitisme.

Une commission sanitaire nommée par le khédive, ou pour mieux dire par ses inspirateurs, fut chargée de prendre les mesures d'urgence nécessitées par cette situation, en faisant partir les docteur Ardouin, dont l'Union Médicale annonçait récemment la décoration si vaillam-

---

En effet, chers lecteurs, nous sommes au rendez-vous des belles femmes de 1882, au Congrès et au tournoi international de la beauté en l'an 1300 de l'Hégire de paradisiaque mémoire. Elles sont là cent cinquante; cent cinquante vous entendez bien, pour le moins aussi nombreuses que les savants à la Rochelle. Cent-cinquante concurrentes et seulement dix lauréates!

Au siècle du vieux Priam, le juge n'avait à choisir qu'entre trois belles seulement. Il ne savait trop, néanmoins, à qui donner la pomme. Salomon, dans sa sagese, aurait été dans l'embarras. En semblable circonstance, Alexandre, qui n'hésitait pas, avait bien coupé le nœud gordien; mais trancher la pomme? Pâris lui-même n'osa le faire. Tel ne fut pas ici le cas. Nos Hongrois, gens pratiques, remplacent la pomme par un bracelet. C'est qu'à notre époque utilitaire, la pomme, fruit allégorique, serait vraiment par trop facile à croquer!

Heureux Hongrois! ils discutent de la beauté, de l'esthétique et de l'anatomie des formes. Pendant ce temps, Parisiens mes frères, on prépare notre malheur! On fomente la grève des femmes. La pucelle de Belleville lève l'étendard et Lysistrate trouve des successeurs!

***

La victorieuse beauté possède le profil grec. Soit; mais elle est brune, tandis qu'Hélène était blonde. Quelle victoire anthropologique pour les races du midi à cheveux noirs sur celles du nord à cheveux blonds! Osez dire après cela que les Congrès sont superflus et les concours académiques de ces Académies de la beauté tout à fait inutiles, sceptiques et barbares que vous êtes.

La première eût donc un bracelet. Et la seconde? demandez-vous. La seconde lauréate, ce qu'elle eût, je n'en sais rien.

ment gagnée, Dutrieux, Loudinsky et Mackée, du consulat anglais. Les cadavres, portés à une certaine distance, en dehors des portes, furent ensevelis dans de profondes tranchées sous une couche de chaux vive. Cette besogne périlleuse fut singulièrement simplifiée par les victimes du bombardement des forts; les monstrueux projectiles des cuirassés, labourant et défonçant le sol à des profondeurs incroyables, avaient eux-mêmes creusé la fosse des malheureux défenseurs, et il y eut peu de chose à faire pour compléter cette inhumation sur place.

Tous les animaux inutiles furent sacrifiés; il n'y avait pas de nourriture à leur donner, et l'eau elle-même allait faire défaut à la garnison, et aux 20 ou 30,000 habitants demeurés à Alexandrie. Au 9 août, on estimait qu'il ne restait d'eau que pour huit jours dans le canal Mahmoudieh et d'une médiocre qualité, et que les citernes ne pouvaient suffire que pour une autre semaine encore.

R. Longuet.

BIBLIOTHÈQUE

Compte rendu du congrès de l'année 1882, de la faculté médico-chirurgicale du Maryland. (Tnsactions of the Medical and Chirurgical Faculty of the state of Maryland); 1882, Baltimore, Friedenwald.

Parmi les questions importantes qui ont été examinées dans cette session et publiées dans ce volume, il faut signaler le discours de M. Fauntleroy, sur l'*action réciproque de l'aliénation mentale sur les maladies générales*, et les mémoires de Mac Lane Tiffany sur le *traitement du cancer du rectum*; de M. Boyland sur *les fractures de l'extrémité inférieure du radius*; dans la section de chirurgie : une discussion sur l'*ergot de seigle*; dans la section d'obstétrique : l'*influence des variations de pression vasculaire dans leurs rapports avec la puissance inhibitoire du pneumogastrique sur le cœur*, par le docteur Sewell. L'*action de la digitaline sur le travail du cœur*, par M. Donaldson, et enfin un travail de M. Mackensie, de Baltimore, sur les *ulcérations diphthéritiques des voies aériennes et leurs relations avec la phthisie pulmonaire*, ont fait l'objet d'autres communications. Signalons encore un projet d'établissement d'une direction des nourrices, sous le patronage de cette fédération médicale du Maryland. — C. E.

Etude sur la stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgical, par M. le docteur Gauchas. Paris, 1882; Delahaye et Lecrosnier.

Ce mémoire a été écrit dans l'esprit des recherches de pathologie générale appliquée à la chirurgie, dont M. le professeur Verneuil a été le promoteur. C'est donc sous les auspices de ce maître éminent que M. Gauchas a composé sa thèse, qui a pour objet de faire connaître

---

Pour le prix de la troisième, avec un confrère très spirituel, je vous renvoie au populaire refrain :

La troisième, la troisième,
La troisième ne dit rien;
Mais elle eut la pomm' tout d'même,
Calchas vous m'entendez bien.

Si tel est encore votre désir, mettez vous donc en grève, Parisiennes mes compatriotes. En grève donc, soit, sans rancune et sans alarmes de notre part. Il y a beau jour que Belleville ne porte plus de pommiers.

En grève! en grève, ne craignez rien!
Vous aurez la pomm' tout d'même,
Lysistrate, croyez-le bien!

Et dire que cette question du féminin et du masculin, toujours ouverte, toujours discutée, se réduit à une question de..... pomme ou de bracelet!

Sur ce, chers lecteurs, je rentre à Paris, bercé par le mouvement du wagon et par ces considérations médico-mélancoliques. Prenons rendez-vous au Congrès des nourrices, au concours des nourrissons ou bien, si vous le préférez, à celui des hommes gras. Pour l'heure, tirons le rideau. Il fait nuit : *La consigne est de ronfler.*

***

L'année sera cruelle pour l'Académie de médecine. Après Pidoux, voici Woillez! On sait

la physiologie générale de cette altération viscérale, ses symptômes cliniques et enfin d'examiner l'influence de la stéatose hépatique sur le pronostic des traumatismes.

Les conditions dans lesquelles il a été entrepris et les indications nombreuses qu'il contient sur les procédés cliniques de M. le professeur Verneuil, donnent à ce travail original une valeur pratique. — Ch. E.

Étude sur l'accouchement prématuré artificiel, par M. le docteur Ed. Picard. — Paris, 1882; Delahaye et Lecrosnier.

Cette thèse a pour but de faire connaître les indications de l'accouchement prématuré artificiel en dehors des rétrécissements du bassin, et de donner les principaux procédés opératoires. Ces indications sont un résumé de celles déjà données par les auteurs. Au point de vue opératoire, le docteur Picard recommande le procédé de la ponction des membranes dont les accoucheurs ne font guère usage. — Ch. E.

Contribution a l'étude du goître exophthalmique, par M. le docteur Benard. — Paris, 1882; Lecrosnier et Delahaye.

L'auteur, dans ce mémoire, a étudié spécialement la pathogénie et le traitement du goître exophthalmique. Au milieu des théories diverses qui prétendent donner la clef de ces phénomènes morbides, le docteur Bénard conclut que cette affection est un syndrome se rattachant soit à des lésions des centres nerveux (bulbe, moelle), soit à des troubles périphériques (cordon cervical, ganglion du grand sympathique et pneumogastrique). Ces ulcérations sont primitives ou consécutives.

Quant aux médicaments préconisés contre cette affection, les uns, iode, digitale, belladone, ont donné des résultats; d'autres, tels que le fer, paraissent contre-indiqués. L'électricité a donné un profit plus considérable à Van Dresh, Eulemburg et Onimus; mais M. Vulpian a mis en doute l'action spéciale de cette médication sur le sympathique. L'hydrothérapie a réussi contre l'anémie et à titre de tonique. Le traitement chirurgical à donné des revers presque aussi nombreux que les succès. En tout cas, la gravité de l'opération de la thyroïdectomie paraît moins grande, depuis qu'elle a été pratiquée par MM. Tillaux, Terrillon, et surtout depuis l'opération de M. Richelot, etc. La thèse de M. Benard est donc un mémoire important au point de vue clinique sur une maladie obscure dans sa pathogénie. Enfin elle est accompagnée de nombreuses et sérieuses indications bibliographiques. — Ch. Eloy.

Recherches anatomiques sur la grande douve du foie, par M. le docteur Macé. — Paris, 1882; G. Masson.

Les résultats de ces recherches ont été publiées dans le *Bulletin de la Société des Sciences de Nancy* en 1881; ils sont en désaccord avec les travaux de M. Sommer. Quoique la douve

---

dans quels termes éloquents M. Roger a rappelé les nombreux états de service de cet éminent académicien. M. Hérard, au nom de l'Association des médecins de la Seine; et M. Desnos, au nom de la Société médicale des hôpitaux, ont rendu un hommage mérité au distingué praticien, qui, par un sévère respect de la dignité médicale, restera un exemple dans la confrérie. Comme tant de médecins, Woillez est mort par le cœur! Il était atteint depuis longtemps d'une affection cardiaco-pulmonaire.

***

Un autre deuil est celui de Desmarres.

Pendant longtemps, Desmarres occupa le premier rang parmi les ophthalmologistes français. Son ouvrage classique : le *Traité théorique et pratique des maladies des yeux* eut un succès mérité en 1847, époque de son apparition.

C'est que son auteur estimé était un des créateurs de l'ophthalmologie française; ce titre a sa valeur à une époque où le cosmopolitisme médical se donne rendez-vous à Paris. La germanomanie et la germanophilie font par trop oublier qu'il existait et qu'il existe encore une école ophthalmologique française, dont Desmarres fut l'une des gloires.

Comme praticien, Desmarres laisse des souvenirs touchants. Son abord était brusque et rude; mais cette raboteuse enveloppe était à la fois celle d'un savant et d'un homme de cœur. Il sacrifiait moins au dieu Plutus que certains spécialistes bien connus, mais il pratiquait généreusement l'humanité. Plus d'un pauvre malade, bousculé en arrivant, sortait de sa consultation la bourse moins légère, et le cœur réconforté par ce « bourru bienfaisant. » Il était celui dont Sénèque aurait pu dire : *Præteribat benefaciendo.*

Nemo.

hépatique (*distoma hepaticum*, soit fréquente chez les animaux domestiques (cheval, âne, porc, lapin et mouton) elle se rencontre rarement chez l'homme. La monographie actuelle, résumé de longues et patientes recherches, a pour objet d'en étudier l'histoire naturelle. A ce titre elle est du domaine de la zoologie médicale et contribuera à satisfaire la curiosité de ceux pour lesquels, la présence de ce parasite dans les tissus animaux était un sujet d'étonnement. On sait que la distomilose n'est autre que la cachexie aqueuse des animaux. — C. E.

CORRESPONDANCE

ACCOUCHEMENT QUADRI-GÉMELLAIRE.

Maule, le 10 septembre 1882.

Monsieur le rédacteur,

Vendredi dernier 8 courant, une femme de 38 ans, Mme M....., habitant la commune de Beynes (Seine-et-Oise), a mis au monde 4 jumeaux, 3 filles et 1 garçon, avec l'assistance de Mme Dumont, sage-femme.

Appelé le lendemain par Mme Dumont et par mon confrère Durand, de Beynes, pour terminer l'accouchement, j'ai dû, après m'être concerté avec ces personnes, pratiquer la délivrance artificielle, qui a été très longue et très laborieuse, les placentas, adhérents et de structure presque fibreuse, s'étant détachés péniblement et par portions successives.

Sur ces quatre enfants, tous bien conformés, une seule petite fille est vivante; mais elle est tellement faible qu'il est douteux que son existence se prolonge bien longtemps.

La mère, très fatiguée, comme on le pense bien, a supporté courageusement cette rude épreuve, et tout fait espérer qu'elle se rétablira convenablement.

J'ai eu la curiosité de faire peser devant moi les petits corps. — Voici le résultat de cette pesée :

Le garçon pesait 1 kilog. 950 et chaque fille 1 kilog. 430, en tout 6 kilog. 240 gram.

La rencontre de 4 jumeaux est un fait extrêmement rare. A ce sujet voici ce que dit le professeur Stolz.

« On rencontre une naissance de 2 jumeaux sur 60 à 70 accouchements, une de 3 sur « 5,000 à peu près, une de 4 sur 150,000. — Les naissances de 5 jumeaux en une seule « et même couche sont hors de toute proportion. Cependant on en connaît une quinzaine « d'exemples bien authentiques.

« La limite de *cinq* n'a jamais été dépassée. »

Je n'ai pas besoin de vous dire que l'évènement dont je viens de vous faire part est le sujet de toutes les conversations dans notre contrée, et donne lieu à une foule d'exagérations et de réflexions plus ou moins saugrenues.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr A. PITON, médecin à Maule (Seine-et-Oise).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. BOULEY présente une note de M. de Korab sur l'*Action exercée par l'hélénine sur les bacillus de la tuberculose.* (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, à laquelle s'adjoindront MM. Pasteur et Bouley.)

« Nous avons fait récemment à la Société de biologie une Communication sur l'action de l'hélénine dans les maladies des voies respiratoires. Nos expériences physiologiques, confirmées par de nombreuses observations cliniques recueillies tant en France qu'à l'étranger, nous ont encouragé à poursuivre l'étude de cette substance sur les bacillus eux-mêmes de la tuberculose.

Pour faire nos expériences, il nous a fallu d'abord isoler les bacillus et les cultiver. A cet effet, nous avons pris, pour terrain de culture, du sérum de sang de bœuf, extrêmement pur, et c'est sur ce terrain que nous avons cultivé nos bacillus provenant de tissus spontanément pathologiques ou de tissus dans lesquels nous avions provoqué expérimentalement l'état tuberculeux.

Pour ce premier essai, dix tubes à réactions ont été remplis de ce sérum jusqu'à la moitié du tube à peu près; l'ouverture a été bouchée avec de la ouate. Nous avons chauffé ces tubes à 58°, une heure par jour, sept jours de suite; nous avons réussi de la sorte à stériliser ce

sérum. Le septième jour, donnant au tube une direction inclinée, nous avons laissé monter la température à 65°, pour coaguler le contenu.

Alors, après avoir ouvert au galvano-cautère un des cobayes que nous avions rendu tuberculeux, en partie par inhalation, en partie par inoculation de crachats de phthisiques, nous avons pris, avec une pince chauffée au rouge, de petits tubercules gris ou de petites masses tuberculeuses; nous les avons introduites dans les tubes sur la surface du sérum et nous avons bouché vivement les tubes avec de la ouate. Nous avons versé de l'hélénine dans trois d'entre eux.

Tous les tubes ont été plongés plus tard dans un bain à 37°, chauffé par un appareil régulateur à gaz.

Huit jours après, on examina les tubes macroscopiquement avec un grossissement de 35 à 40, et l'on aperçut des petits points disposés en S et se détachant comme des écailles sur la surface de la préparation. Au microscope, avec un grossissement de 400 à 500, on constata que ces points étaient formés par de petites colonies de bacillus. Ces bacillus ne sont pas développés dans les trois tubes auxquels nous avions ajoutés de l'hélénine. Cette substance avait-elle entravé la vitalité de ces organismes? Probablement, car tous les tnbes se trouvaient dans les mêmes conditions expérimentales. Il s'agit donc de prouver que les sept premiers tubes contenaient bien réellement des bactéries de tuberculose arrivées à leur complet développement, et que les trois derniers ne contenaient plus que des individus inertes.

Pour faire cette preuve, il nous a fallu recourir à des expériences sur des animaux.

Première expérience. — Dix cobayes, n'ayant pas encore servi, furent mis en expérience; sept d'entre eux furent inoculés avec le produit de la culture mélangé avec du sérum, lequel avait été récemment obtenu par injections sous-cutanées, faites dans la paroi abdominale, près des glandes inguinales. Huit jours après, des glandes inguinales commencèrent à se gonfler; les animaux perdirent l'appétit et maigrirent. Quatre d'entre eux moururent du dixième au douzième jour. C'est alors que nous avons sacrifié les suivants. A l'autopsie, nous avons trouvé que les viscères et principalement le poumon était parsemés de tubercules miliaires; les glandes inguinales étaient caséeuses.

Par contre, les trois derniers animaux auxquels nous avons injecté la matière tuberculeuse, qui pendant huit jours se trouvait dans les tubes en présence de l'hélénine, ne présentaient pas de lésions tuberculeuses.

Deuxième expérience. — Expériences semblables, sur dix autres cobayes, avec des cultures de crachats de phthisiques, provenant directement de l'homme. Mêmes résultats.

Troisième expérience. — A dix cobayes nous avons injecté directement, dans la cavité abdominale, du sérum dans lequel se trouvaient des bacillus. Nous avons toujours eu soin de chauffer notre seringue à expérience à 150°. Cinq de ces dix animaux sont morts du huitième au dixième jour. A l'autopsie nous avons constaté qu'il y avait épaississement de l'épiploon, avec infiltration de masses jaunâtres remplies de bacillus. Aucune de ces lésions expérimentales ne s'est produite chez les cinq autres cobayes, à la boisson desquels nous avions ajouté une petite quantité d'hélénine : trois centigrammes par jour et par malade.

Quatrième expérience. — Nous avons injecté les bacillus à quatre lapins dans la chambre intérieure de l'œil, ainsi que l'a déjà fait antérieurement M. Deutschmann, et nous avons vu se produire chez eux la tuberculose de l'iris avec panophthalmie.

Nous avons laissé la maladie suivre son cours chez deux de ces animaux. Quant aux deux autres, à partir du dixième jour, nous les avons soumis à des injections régulières de 0 gr, 02 d'hélénine par jour; ces deux derniers ne sont pas morts; et même, la tuberculose de l'iris s'est modifiée favorablement, avec tendance à la guérison.

Ces faits semblent indiquer que l'on pourra se servir de l'hélénine pour combattre les bacillus, notamment ceux de la tuberculose; et, s'il est vrai que les bacillus soient les véhicules de cette maladie, les propriétés éminemment toxiques de l'hélénine, à l'égard de ces organismes, trouveraient peut-être quelques applications heureuses. »

M. Bouley présente encore un mémoire de MM. L. Martineau et Hamonic, intitulé : *De la bactéridie syphilitique; de l'évolution syphilitique chez le porc.*

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, à laquelle s'adjoindront MM. Pasteur et Bouley.) — (Ce mémoire a été publié *in extenso* dans l'Union Médicale du 7 septembre courant.)

VARIÉTÉS

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE INSPECTION DÉPARTEMENTALE DES ÉTABLISSEMENTS INSALUBRES.

La création des Conseils d'hygiène a été assurément une grande œuvre sociale. Il n'en est pas moins certain, et l'accord est unanime sur ce point, qu'il faudrait assurer l'exécution des prescriptions qu'ils délibèrent. C'est donc avec raison que M. le docteur Bertherand demande l'institution d'un inspectorat départemental des établissements insalubres. Chaque inspecteur désigné par le Conseil deviendrait en quelque sorte le mandataire exécutif de ce dernier.

Avec le titre d'inspecteur départemental de l'hygiène et de la salubrité publique, il visiterait « *toutes* les localités » du département, se mettrait en rapport avec les autorités locales et surveillerait l'exécution des articles 9 et 10 du décret du 18 décembre 1848.

Cette organisation fonctionne avec succès dans le département du Nord, où on a demandé la fusion de ce service avec celui de l'inspection du travail des enfants dans les manufactures. On a ainsi en vue l'économie budgétaire, et le docteur Bertherand est un partisan de la réunion, dans une même main, des deux services. Ici, cependant, se place une objection. Si on veut obtenir une surveillance efficace, et l'exécution réelle des prescriptions d'hygiène, ne serait-il pas préférable de ne pas confier à la même individualité de multiples fonctions. Visiter toutes les localités d'un département, comme le propose M. Bertherand, exigerait un temps considérable. Le contrôle, la direction, la surveillance des mesures hygiéniques, relatives aux établissements insalubres, est une tâche assez importante. Pourquoi donc imposer au même individu les fonctions de l'inspectorat des enfants employés dans les manufactures ? Certes, si la spécialisation professionnelle possède des avantages, c'est surtout en matière administrative.

Le projet de notre honoré confrère, le docteur Bertherand, n'en est pas moins digne, malgré ces objections, d'une sérieuse prise en considération, à une époque où chacun demande plus ou moins l'organisation ou la réorganisation des services qui ont pour objet de veiller sur la santé publique. — Ch. E.

(1) *Nécessité d'instituer une inspection départementale pour surveiller les prescriptions hygiéniques dans les établissements insalubres,* par M. le docteur Bertherand. Paris, 1881.

COURRIER

Le Choléra. — Le ministre du commerce vient d'adresser la circulaire suivante à tous les directeurs du service de santé, au sujet des mesures préventives à prendre contre le choléra :

Monsieur,

Je vous confirme mon télégramme du 4 courant, relatif aux provenances suspectes de choléra.

Des cas de choléra ont été signalés dans la mer Rouge et même à Alexandrie, à bord de navires venant de l'Inde.

Ces faits, venant s'ajouter aux craintes que pouvaient déjà faire naître les conditions sanitaires d'autres pays, imposent au service de la santé les précautions les plus soigneuses en vue de protéger l'Europe.

Je vous invite à vous tenir exactement au courant de la situation sanitaire et à redoubler de vigilance à l'arrivée des provenances contaminées ou suspectes. Je ne saurais trop vous recommander de veiller d'une manière toute particulière à ce que les formalités de la reconnaissance et de l'arraisonnement s'accomplissent avec le soin le plus scrupuleux, vous appliquerez ensuite rigoureusement, le cas échéant, les dispositions des règlements sanitaires.

Le ministre du commerce, Pierre Legrand.

P. S. — Je vous prie de m'accuser réception de la présente lettre et de me tenir au courant des informations sanitaires qui vous parviendraient et de les communiquer immédiatement à vos collègues.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

RAPPORT SUR LES MALADIES REGNANTES

PENDANT LE SECOND TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 août 1882,

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Avril, Mai et Juin 1882.

III. — Fièvres éruptives.

La *variole* a sévi moins violemment que l'an dernier à pareille époque, et l'épidémie semble avoir encore subi une légère atténuation : les chiffres de la morbidité et de la mortalité n'ont cependant varié que dans des proportions peu considérables. Dans les hôpitaux, malgré une fréquence un peu plus grande de la maladie (745 cas au lieu de 694), la mortalité est restée un peu moins élevée (123 décès au lieu de 144); en ville, la mortalité s'est abaissée de 296 à 258.

La *scarlatine* a été beaucoup plus rare dans les hôpitaux que pendant le trimestre correspondant de l'année dernière (161 cas lieu de 214), mais sa gravité paraît avoir été plus grande et le nombre des décès est resté sensiblement le même (19 au lieu de 20). En ville, la maladie a été beaucoup moins meurtrière et le chiffre des décès est tombé de 146 à 55.

Les cas de *rougeole* ont été très nombreux; dans les hôpitaux, on compte 50 admissions au lieu de 36 en 1881 ; mais le chiffre des décès est resté le même (18).

Un fait remarquable est l'augmentation *considérable* du chiffre des érysipèles, 484 cas au lieu de 349 observés l'an dernier, 55 décès au lieu de 32.

Statistique des hôpitaux.

HOPITAUX CIVILS DE PARIS — Morbidité et Mortalité comparées des fièvres éruptives. IIes trimestres 1881-1882.	Variole.					Rougeole.					Scarlatine.					Érysipèle.				
	Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.		
	M.	D.	M.	D.	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P 0/0	M.	D.	M.	D	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P. 0/0
Deuxième trimestre 1881 :																				
Avril	279	59				64	9				44	7				87	13			
Mai	199	37	694	144	20	64	16	195	36	18	70	6	214	20	9	132	10	349	32	9
Juin	216	48				67	11				100	7				130	9			
Deuxième trimestre 1882 :																				
Avril	221	53				92	18				55	9				150	18			
Mai	252	37	745	123	16	88	13	274	50	18	35	1	161	19	11	168	10	484	55	11
Juin	272	33				94	19				71	9				166	27			

Variole.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Labadie-Lagrave : *Variole.*

« Mois d'avril, 61 guérisons : Varioles cohérentes, 22 ; v. confluentes, 3 ; v. discrètes, 15 varioloïdes, 21. — 10 morts : Varioles confluentes, 8 ; v. hémorrhagiques, 2. ;

Mois de mai, 73 guérisons : Varioles cohérentes, 17 ; v. discrètes, 22 ; varioloïdes, 34. — 17 morts : Varioles confluentes, 9 ; v. hémorrhagiques, 3 ; v. cohérentes, 4 ; v. discrète, morte de méningite, 1.

Mois de juin, 81 guérisons : Varioles cohérentes, 32 ; v. discrètes, 26 ; varioloïdes, 23. — 14 morts : Varioles confluentes, 9 ; v. cohérentes, 3 ; v. hémorrhagique, 1 ; v. discrète, morte de pneumonie, 1. »

Hôpital Tenon. — Service de H. Huchard. *Variole* (femmes).

« Avril, 12 cas, 12 guérisons : 5 varioloïdes, 3 sujets vaccinés une seule fois, 2 revaccinés. — 4 varioles discrètes, 2 sujets vaccinés une seule fois, 2 revaccinés. — 3 varioles cohérentes, 1 vacciné, 2 revaccinés.

Mai, 8 cas, 7 guérisons, 1 mort : 3 varioloïdes, 2 vaccinées, 1 revaccinée ; 1 variole discrète, 3 cohérentes non revaccinées ; 1 hémorrhagique morte, vaccinée.

Juin, 8 cas : 2 varioloïdes ; 2 varioles discrètes ; 3 varioles cohérentes, dont 2 non vaccinées guéries ; 1 variole hémorrhagique non vaccinée, morte. »

Rougeole.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Archambault. — M. Thibierge, interne : « *Salle des garçons.* — 14 enfants sont venus du dehors, sur lesquels 8 ont guéri, 3 ont succombé à des broncho-pneumonies ; 2 ont eu des laryngites ulcéreuses accompagnées de symptômes d'asphyxie ntense, mais n'ont pas subi la trachéotomie que contre-indiquaient des complications broncho-pulmonaires ; le dernier, âgé de 18 mois, a succombé à une phthisie aiguë qui avait évolué en même temps que la rougeole.

De 3 enfants qui ont contracté la rougeole dans le service de chirurgie, 2 ont guéri, l'autre a succombé à la diphthérie qui avait débuté en même temps que la rougeole.

3 enfants ont été amenés du service des ophthalmiques ; 2 d'entre eux ont guéri, le 3e, après avoir eu une broncho-pneumonie rubéolique intense, a contracté la scarlatine dans le service et est mort.

3 enfants entrés dans le service pour des affections diverses y ont contracté la rougeole : 2 sont morts à la fin de la période d'éruption ; l'autre, après avoir eu une broncho-pneumonie intense dont il paraissait guéri, a présenté des signes d'une tuberculose pulmonaire qui a fini par l'emporter.

Salle des filles. — 20 enfants sont arrivés de la ville ; 12 ont guéri sans complications ; 1 a guéri après avoir eu la diphthérie qu'elle avait contractée à l'hôpital ; 1, amenée à la période de déclin de la rougeole avec des signes de coqueluche légère, a également guéri ; une autre, atteinte de rougeole en apparence peu grave, a été emmenée par ses parents au deuxième jour de l'évolution ; sur 5 cas mortels, la terminaison a été causée 2 fois par des broncho-pneumonies, 3 fois par des angines diphthéritiques contractées dans le service.

2 enfants, présentant toutes les deux une cachexie scrofuleuse des plus accusées, sont venues du service de chirurgie et ont succombé l'une à une broncho-pneumonie, l'autre à une laryngite ulcéreuse.

8 enfants, qui ont contracté la rougeole dans le service, ont succombé, sauf une ; les maladies pour lesquelles celles qui sont mortes étaient entrées à l'hôpital, étaient, les unes, graves (tuberculose, 2 fois ; tumeur cérébrale, 1 fois) et devant entraîner la mort plus ou moins rapidement ; les autres, au contraire, étaient déjà en voie de guérison lorsque la rougeole a débuté (fièvre typhoïde, 2 fois ; diphthérie, 2 fois).

En résumé, la mortalité a été de 10 sur 11 pour les cas de rougeole contractée dans le service même, 4 sur 8 pour ceux où elle a été contractée dans les services de chirurgie et des ophthalmiques, de 11 sur 34 pour les cas de rougeole contractée en ville. »

Hôpital Trousseau. — Service de M. Bergeron, M. Marey, interne : « 24 cas, 4 décès ; 2 dus aux complications pulmonaires, 2 à la diphthérie (garçons).

En outre, 5 filles ont contracté la rougeole dans le service ; on les a fait passer à la salle spéciale attachée au service voisin. »

Scarlatine.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. Archambault ; M. Thibierge, interne. — *Salle des garçons :* 4 enfants ayant contracté la scarlatine au dehors ont guéri à l'exception de un qui a été pris au début de la convalescence d'une angine diphthéritique toxique rapidement mortelle.

Un enfant, entré dans un service voisin pour une hypertrophie des amygdales et sorti depuis peu de jours, est rentré dans la salle pour une scarlatine qui a guéri.

Un autre a contracté la scarlatine dans le service des ophthalmiques ; il a été emmené par ses parents le deuxième jour de l'éruption.

Un dernier, venu du même service pour une rougeole grave, en était guéri lorsqu'il fut atteint de la scarlatine qui l'emporta.

Salle des filles : 4 cas venus du dehors ; deux guérisons, dont une chez une enfant de 14 ans atteinte de scarlatine à forme angineuse avec hyperthermie ; une mort par scarlatine

maligne contractée dans une maison de convalescence des hôpitaux; une mort par diphthérie contractée dans la salle.

Une enfant, venue du service des ophthalmiques avec la scarlatine, a guéri sans complications. »

HÔPITAL TROUSSEAU. — Service de M. Bergeron, M. Marey, interne : « 9 cas, 1 décès par diphthérie consécutive (filles). »

(*La suite dans un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE UTÉRINE

DE LA FARADISATION UTÉRINE ;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 ami 1882,

Par le docteur MATHELIN.

PREMIÈRE PARTIE.

La faradisation utérine autrement dit et d'une façon générale le passage à travers l'utérus, soit à l'état de vacuité, soit à l'état gravide du courant secondaire fourni par la bobine d'induction, constitue aujourd'hui, quelque indifférence ou quelque prévention qu'on ait longtemps professéo à cet égard, une véritable méthode thérapeutique dans le bon sens du mot, d'une efficacité réelle et d'une innocuité absolue dans nombre de cas déterminés. Dans une revue d'ensemble des plus succinctes, je voudrais m'appliquer à justifier le bien fondé de cette interprétation.

Quels sont les résultats généraux que l'on est en droit d'attendre, dans tous les cas, de l'action du courant induit sur le parenchyme utérin? Quelles doivent être les règles de son application? A quelles indications répond-elle? A quelles contre-indications est-elle soumise? Et, en fin de compte, question encore litigieuse : De quelle interprétation physiologique sont susceptibles les faits définitivement acquis que nous aurons à énoncer?

En tout cela, Messieurs, et ce n'est que justice de le reconnaître, je ne ferai que confirmer ou commenter à l'aide de l'observation des quelques cas de ma pratique personnelle, les vues émises pour la première fois il y a plus de vingt ans déjà par le docteur Tripier, et sur lesquelles à diverse reprises il a sollicité plusieurs fois l'attention du Corps médical. (*De l'emploi de la faradisation dans le traitement des engorgements de l'utérus et de l'hypertrophie prostatique.* — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1859, et *Annales d'électrothérapie*, 1863. — *Lésions de forme et de situation de l'utérus*, 1871. — *Applications obstétricales de l'électricité*, 1876.)

Quand une médication paraît nouvelle, en ce sens qu'elle est nouvellement remise en honneur, comme c'est le cas en ce qui concerne le mode électrothérapeutique dont il s'agit, repris à nouveau par certains auteurs étrangers, il est toujours bon de remonter à la source même, je n'ose pas dire, surtout, quand cette source est d'origine française.

La faradisation peut s'appliquer à l'utérus vide et à l'utérus gravide, avant, pendant et après le travail.

C'est le premier cas que je me bornerai à envisager pour l'instant. Tripier fut incontestablement le premier et longtemps le seul observateur qui osa recourir systématiquement à l'emploi du courant interrompu pour remédier aux troubles organiques ou fonctionnels de l'utérus non gravide.

Qu'on réfléchisse à l'opinion longtemps répandue concernant la susceptibilité inflammatoire toute spéciale d'un organe en connexion si intime et si étendue avec le feuillet péritonéal. Qu'on se reporte au discrédit ou étaient tombées les médications intra-utérines de toute sorte en raison des résultats désastreux souvent enregistrés à leur suite (topiques de toute espèce, pessaires intra-utérins).

On pouvait concevoir *a priori* certaines craintes à l'égard d'une médication dont le principe repose essentiellement sur une sorte de mise en branle, de drainage plus ou moins violent de tout le territoire utéro-ovarien. Appliqué à l'utérus, malgré tous les ménagements opératoires que nous indiquerons le courant faradique ou interrompu, est, disons le de suite, douloureux, si l'on veut arriver au degré d'intensité voulu, je dirai presque brutal, au regard surtout des réactions ordinaires produites par le courant galvanique ou continu. N'allait-il pas, en malmenant un organe malade que l'on s'était habitué à considérer comme délicat entre tous, provoquer des troubles traumatiques avec irradiation congestive ou inflammatoire du côté du petit bassin ou du péritoine?

Or, Messieurs, et c'est là un des points les plus importants à mettre en lumière, dans la question qui nous occupe, cette crainte est purement chimérique. Convenablement dosée et convenablement appliquée, la faradisation utérine n'est jamais nuisible. Et de fait, dans tous les cas où je l'ai vue employée devant moi, comme dans tous ceux où je l'ai employée moi-même, je n'ai pas observé le moindre accident, la moindre réaction fâcheuse. Or, il s'agit déjà d'un nombre respectable de faits, de plusieurs centaines d'observations empruntées soit à la pratique du docteur Tripier, soit à celle de mon ami le docteur Apostoli, soit à la mienne. Il est vrai de dire que toujours les règles préconisées par l'initiateur de la méthode ont été fidèlement observées.

Quelles sont-elles ? Tripier a indiqué, dans son mémoire de 1871, différents procédés en vue de saisir plus spécialement telle ou telle partie de l'utérus dans le circuit faradique. Suivant que l'utérus verse ou se fléchit dans un sens ou dans un autre, les points d'application des pôles d'entrée et de sortie du courant peuvent varier. Mais au fond la méthode générale est toujours la même. Tout d'abord, deux principes sont à observer :

1° Il faut actionner l'utérus progressivement et sans secousses. Il faut, autant que possible, éviter toute surprise, tout choc à l'ouverture du courant. On doit commencer rigoureusement à zéro, puis augmenter graduellement et très lentement le débit de la source électrique, jusqu'au degré d'intensité voulu. L'appareil qui seul permet de remplir exactement cette indication est l'appareil à chariot ; la bobine d'induction est mobile ; elle part de zéro ; elle avance ou recule à volonté ; elle se met en rapport avec un nombre de spires plus ou moins grand de la bobine inductrice et fournit ainsi une force plus ou moins grande, toujours facilement dosable et maniable ;

2° L'utérus doit conserver toute sa laxité, toute sa mobilité. Il ne faut pas que le rhéophore en contact avec lui dépasse l'orifice interne du col. Dans le cas contraire, c'est moins la stimulation faradique en excès qui serait à craindre, que la présence dans la cavité utérine d'un corps rigide pouvant déterminer des chocs, des pressions fâcheuses sous l'influence des secousses plus ou moins vives que peut éprouver l'organe.

C'est également en vue d'éviter tout traumatisme possible et de réduire à son minimum l'action mécanique éprouvée par l'utérus, que je crois l'application préalable du spéculum inutile, sinon nuisible. Il peut être dangereux d'enclouer dans un milieu résistant un organe sollicité à se déplacer dans tous les sens sous l'influence même du courant qui le traverse. Il en résulte des tiraillements pouvant réagir d'une façon fâcheuse sur des foyers inflammatoires mal éteints et qui échappent parfois à nos investigations. J'incline à croire que c'est là l'origine d'accidents qui auraient été signalés, et que, pour mon compte, je le répète, je n'ai jamais observés.

Passons au manuel opératoire. Je prends pour type la faradisation utéro-biabdominale ou celle à laquelle je recours le plus volontiers, la faradisation utéro-biinguinale.

La femme est couchée ; sur l'indicateur de la main gauche atteignant le col et l'entr'ouvrant légèrement, je fais glisser une tige cylindrique terminée par un embout métallique bon conducteur et servant de rhéophore au pôle négatif. Cette tige est maintenue assez lâche dans la cavité du col. Le circuit est fermé par un fil bifurqué aboutissant à deux larges tampons mouillés recouvrant les deux régions inguinales.

Ces deux tampons sont confiés à un aide ou maintenus par la malade. Ils ne doivent subir aucun déplacement. Une fois la résistance de la peau au passage du courant vaincue sur un point il faut éviter en la sollicitant sur un autre de produire une sensation douloureuse et inutile.

Tout est alors disposé pour le passage du courant. L'appareil à chariot dont je me sers, modifié par Tripier, comprend deux bobines mobiles, l'une à fil gros et court (courant de quantité) l'autre à fil fin et long (courant de tension). Dans le cas particulier, j'emploie préférablement le courant de quantité, le moins douloureux et le mieux approprié aux contractions musculaires. La source électrique est indifférente : pour plus de commodité, j'emploie les piles étanches au chlorure d'argent de Gaiffe.

Aussitôt le courant établi, le premier phénomène qu'on observe est la contraction des fibres musculaires situées au voisinage des rhéophores. C'est d'abord la contraction des muscles abdominaux et des fibres du transverse, puis celle du muscle constricteur du vagin, des muscles du petit bassin, des muscles du plancher périnéal et quelquefois même des muscles adducteurs de la cuisse. Un changement dans l'état statique de l'utérus se produit ensuite si l'organe est suffisamment libre de ses mouvements. Il se traduit par une sensation particulière au doigté pour l'observateur qui maintient le rhéophore utérin. L'instrument est comme appréhendé par le col de l'utérus ; il semble se relever, être mieux fixé. J'ai aussi souvent noté ce fait. Il semble pénétrer plus avant avec beaucoup plus de facilité.

Le plus souvent la malade accuse en même temps une douleur plus ou moins vive, douleur qu'on ne retrouve jamais au même degré chez toutes les femmes et qui, chez quelques-

unes est remplacée par un simple malaise, par de l'agitation et de l'appréhension. Mais ce qu'on note toujours, c'est uue sensation particulière nettement définie, accusée dans tous les cas, sensation d'étreinte, de constriction dans le petit bassin et surtout sensation de barre transversale au-dessus du pubis.

Comme on l'a dit, les multipares comparent ce qu'elles éprouvent aux douleurs expulsives de l'accouchement. J'insiste sur ce point parce qu'il doit servir de point de repère à l'opérateur. La faradisation est dès lors à son maximum d'action utile. En général, on a mis une minute à une minute et demie pour produire ce résultat. Le dépasser serait exagérer la douleur sans profit. Tout l'appareil musculaire influencé par le courant et susceptible de se contracter s'est contracté. A ce moment, j'ai l'habitude d'opérer une très légère retraite de la bobine. Cela suffit pour que l'action du courant continuant à s'exercer, toute douleur disparaisse ou tout au moins s'atténue considérablement.

En dehors de cette douleur momentanée et inhérente à l'opération elle-même, un phénomène parfois fort désagréable pour la malade peut survenir. Des irradiations fulgurantes avec crampes plus ou moins violentes se produisent dans les membres inférieurs. Ceci tient à ce que l'extrémité du rhéophore utérin butte trop à droite ou trop à gauche, et produit une diffusion du courant le long des branches descendantes du plexus sacré. On y remédie facilement et instantanément par un léger mouvement de bascule de la main, tendant à maintenir dans l'axe du col et appliquée contre sa face antérieure, l'extrémité de la tige conductrice. Enfin, ce que l'on peut observer parfois et cela, si bien conduite que soit l'opération, c'est une irradiation douloureuse du côté des sphincters rectal et vésical, ce qui tient à l'extrême conductibilité des parois vaginales toujours lubrifiées.

Le courant ne doit jamais être interrompu brusquement. Le mouvement de retrait comme le mouvement de progression doit avoir lieu insensiblement.

— Ces trois temps, stade d'augment, stade d'état, stade de décroissance ne doivent pas durer ensemble plus de trois minutes. Il m'a paru toujours préférable de multiplier les séances, ce qui est toujours sans inconvénient, que d'augmenter leur durée, ce qui peut provoquer une sorte de courbature momentanée.

L'opération terminée, le symptôme le plus généralement observé est une sédation remarquable des douleurs l'ayant motivée. La malade éprouve en même temps un allègement considérable du côté du ventre, qu'elle traduit la première fois avec le plus grand étonnement. On dirait l'action d'arrêt produite par une injection sous-cutanée de morphine au cours d'un paroxysme douloureux, quand cette action a lieu, et encore avec cette différence qu'elle n'est ni aussi complète, ni aussi prompte que l'effet produit après une séance de faradisation. Cette sédation dure plus ou moins longtemps. Sous l'influence de plusieurs séances, elle peut devenir persistante et avoir raison définitivement de l'élément douleur, quand cette doulour est d'ordre congestif et alors que la saignée du col et les moyens antiphlogistiques, généralement employés, sont restés parfois, comme j'ai pu m'en convaincre, absolument impuissants.

Quelles sont, Messieurs, d'une façon générale, les indications auxquelles peut répondre la faradisation utérine telle que je viens de l'analyser. On peut dire qu'elles relèvent essentiellement des manifestations si variées de ce fait pathologique fondamental, dont le tissu utérin est si souvent coutumier. Je veux parler de la stase veineuse, de l'engorgement chronique si faciles dans un organe soumis à des poussées congestives physiologiques, à des transformations de tissu si fréquentes et subissant plus que tout autre l'influence des dyscrasies (herpétique ou rhumatismale), et des troubles vaso-moteurs d'origine centrale (chlorose ou hystérie).

Quelle qu'en soit la cause prochaine (congestions diathésiques) ou la cause directe (avortement, défaut d'involution post partum, abus de l'acte vénérien, etc.), nous connaissons tous les caractères de l'engorgement simple utérin : l'augmentation de volume de l'organe, son poids et sa consistance accrus, un certain degré d'abaissement, la muqueuse du col granuleuse ou ulcérée, la sécrétion de muco-pus, toutes choses facilement constatables au toucher et à la vue. Nous connaissons également tout l'ensemble de ces symptômes qui en dérivent et qui sont loin de correspondre toujours, comme fréquence et comme intensité, à la gravité de la lésion appréciable à nos moyens d'investigation, symptômes souvent mal définis, plénitude dans le petit bassin, douleurs vagues à l'hypogastre et dans les régions sacrée et inguinale, douleurs à la station et à la marche, ténesme rectal et vésical, constipation, leucorrhée abondante, irrégularité du flux menstruel. Tous ces désordres organiques ou fonctionnels en tant que dépendant de l'hyperémie passive ou de la congestion, sont justiciables par excellence de la faradisation utérine.

Mais il y a plus. En raison même des connexions pathologiques si intimes, qui existent entre les désordres utéro-ovariens et les désordres généraux de l'organisme, on peut noter dans bien des cas, ce que je puis appeler l'action sédative d'ordre réflexe, l'action sédative à distance produite par la faradisation utérine. Dans une de mes observations, il s'agissait

d'une femme relevant depuis six mois d'un accouchement laborieux. Le col était gros, lourd, tuméfié, reposant sur le périnée et en antéflexion prononcée. La malade était sujette à des poussées eczémateuses fréquentes. Son état général était mauvais. Elle était pâle, bouffie, sujette à des étouffements et à des palpitations, avec souffle cardiaque à la pointe. Elle accusait de la gastralgie, des nausées et des vomissements. Non-seulement elle souffrait de douleurs lombaires, mais de douleurs intercostales et musculaires d'origine rhumatismale. Je pratiquai chez elle douze séances de faradisation. J'arrivai, dès les premières, à modifier les accidents fonctionnels du côté de l'utérus. Je gagnai peu ou pas du côté de la déviation, mais l'organe reprenait sa souplesse, les douleurs à la miction et à la marche devenaient moindres. Enfin, et sous l'influence presque exclusive du traitement que j'instituai, les forces générales se relevèrent. La nutrition se faisait mieux; les vomissements et les nausées avaient cédé. Au bout de quelques temps, cette femme devenait enceinte et échappait aux troubles fonctionnels inhérents si souvent à la grossesse.

— Plus d'une fois, il m'est arrivé de surprendre en flagrant délit d'action instantanée, cette influence sédative de la faradisation utérine s'exerçant d'une façon immédiate et nettement tangible sur des manifestations douloureuses éloignées. Plus d'une fois la céphalalgie, la migraine d'ordre nerveux ou chlorotique, m'ont paru céder comme par enchantement.

Il n'est pas jusqu'au torticolis, cette douleur et cette gêne des mouvements si caractérisées, qui ne puisse disparaître subitement, au cours même d'une seule séance de faradisation, comme j'en observais encore tout dernièrement un exemple des plus probants.

Quant aux désordres hystériques, je sais bien qu'en général, ils ne peuvent guère par leur allure servir de critérium pour juger de la valeur d'une médication, parce qu'ils ont le grave tort de guérir souvent à la suite comme en dehors de toute intervention thérapeutique. Je ne puis, cependant, passer sous silence un fait qui, par la gravité des accidents, leur persistance antérieure, leur action rebelle à toute médication d'une part, et leur accalmie soudaine d'autre part, sous l'influence de la faradisation utérine, me semble exceptionnellement probant en faveur de la méthode de traitement que je préconise aujourd'hui. Il s'agissait d'une femme que j'avais vue autrefois en parfaite santé. A la suite d'une fausse couche de cinq mois, elle éprouva, paraît-il, des atteintes de manie puerpérale, très fugitives d'ailleurs. Mais sa santé commença à s'altérer. Quand elle me consulta, au bout de dix mois, la faiblesse générale était excessive, le teint pâle, terreux; le pouls faible; elle avait de la parésie principalement à droite, une déviation sensible de la commissure labiale, de l'embarras de la langue. Elle éprouvait des syncopes fréquentes, une somnolence invincible, de l'inappétence absolue, des mouvements choréiformes. Elle n'osait faire un pas dehors. Je ne trouvai, du côté de l'utérus, que de la congestion et un certain degré d'abaissement. Le flux menstruel était très irrégulier et insignifiant. On avait, me dit la malade, diagnostiqué chez elle rien moins qu'un ramollissement de la moelle épinière, mot qu'elle répétait avec terreur, et mot effectivement peu fait pour relever son moral. Après quelques séances de faradisation, parfaitement supportées, les accidents s'amendèrent. La marche redevient possible. Le mieux s'était tellement accentué que cette femme accomplissait un long et pénible voyage. Mais, quelques temps après la suspension du traitement, les accidents initiaux reparaissaient. Après une nouvelle série de faradisations, ils disparaissaient complètement; tout ce qu'elle conserve de son ancien état est encore une dyspepsie rebelle.

— Au total, je crois donc pouvoir établir ainsi qu'il suit le bilan des résultats certains et confirmés par maintes observations, que l'on peut porter à l'actif de la faradisation de l'utérus à l'état de vacuité. C'est, d'une part, localement, un amendement très notable, et, dans certains cas, la guérison *pro facto*, quand la lésion est jeune, des désordres inhérents à l'engorgement utérin; c'est le rétablissement vasculaire de l'organe; c'est l'hyperémie active au lieu et place de la stase veineuse; c'est une sorte de drainage circulatoire qui combat la prolifération du tissu conjonctif, dernier terme des altérations de structure survenues dans la métrite parenchymateuse à l'état confirmé. C'est, en tout cas, et alors même qu'on agit sur des utérus depuis longtemps malades et hypertrophiés, une sédation absolue du côté des troubles de l'innervation locale.

C'est, d'autre part, une action par voie réflexe manifeste sur tous les désordres du système cérébro-spinal, en rapport de parenté plus ou moins éloignée avec la lésion utérine, et cela, parfois sur les points les plus divers et les plus éloignés de l'organisme.

Ai-je besoin d'ajouter que, malgré tout, le mode électro-thérapeutique dont il s'agit ne peut être considéré comme une sorte de médication spécifique d'un nouveau genre, s'adressant à toutes les espèces et à tous les degrés de métrite, doué de la possibilité de refaire à l'utérus un tissu neuf de toutes pièces! L'anatomie pathologique et les faits cliniques s'insurgeraient contre cette façon de voir.

Mais ce que nous pouvons établir, et c'est déjà beaucoup, c'est que dans tous les cas où

l'intervention thérapeutique est encore possible pour lutter contre l'envahissement du tissu conjonctif et la dégénérescence du parenchyme utérin, la faradisation utérine me semble avoir fait ses preuves et mérite d'être mise au premier rang, tant par la simplicité que par l'innocuité de son mode d'action. Vouloir plus serait se leurrer d'un espoir chimérique. En ce qui concerne les déviations utérines, je sais bien que certains procédés spéciaux, comme je le rappelais en commençant, ont été préconisés, tels que la faradisation utéro-vésicale, la faradisation utéro-rectale, dans le but d'agir plus spécialement sur la face utérine que l'on suppose dépourvue de sa tonicité normale, rétroversion dans le premier cas, antéversion dans l'autre. Qu'on observe là, comme toujours, certains résultats avantageux, quand la lésion n'est pas trop avancée, ceci n'est pas douteux; mais tout en combattant d'une façon efficace les lésions de circulation de l'utérus, là où elles sont le plus accusées, on ne lutte guère que contre l'engorgement utérin, cause ou effet du vice de forme ou de situation de l'utérus. Même envisagés à ce seul point de vue, ces procédés ont encore leur mérite, en raison de l'action exercée plus directement par le courant faradique sur la région de l'organe plus particulièrement endommagée. Mais c'est tout, et il me faut avouer n'avoir pas encore rencontré d'antéversion, pour ne parler que des déviations les plus communément observées, qui aient cédé manifestement et définitivement sous l'influence de la faradisation.

— Comme toute autre, la médication faradique a ses contre-indications. Et c'est à elles qu'il faut prendre garde pour ne pas s'exposer tout au moins à des mécomptes et pour conserver à la méthode son caractère d'innocuité.

L'élément fièvre, symptomatique ou non d'une lésion siégeant dans le territoire utéro-ovarien, serait-elle simplement sous la dépendance de la malaria (Tripier) est toujours une contre-indication. La sensibilité générale dans ce cas est trop facilement excitable, l'élément inflammatoire trop menaçant, pour qu'il soit permis de passer outre.

— Comme contre-indications locales, je crois devoir m'abstenir, au moins momentanément, dans tous les cas où le toucher est douloureux, quand on trouve dans les culs-de-sac latéraux de l'empâtement, de la chaleur, des battements artériels. Dans ce cas, je crois utile de recourir au repos, aux grands bains, aux émollients, plus rarement aux émissions sanguines. Dès que toute menace inflammatoire est dissipée, je reviens à la faradisation.

— Enfin, il est certaines femmes dont l'utérus est plus particulièrement impressionnable, qui sont sujettes à ce que Gubler a dénommé le péritonisme. Chez celles-là, je crois utile d'agir en tâtant la susceptibilité pelvienne, en agissant avec prudence dans la dose du courant comme intensité et comme durée, et en m'arrêtant devant la première manifestation douloureuse.

Un fait très commun, qui sans être une contre-indication proprement dite, ne permet guère d'espérer de résultat définitif, consiste dans l'immobilité de l'utérus, retenu fixe dans une position vicieuse par des adhérences plus ou moins fortes, vestiges de pelvi-péritonite ou de cellulites anciennes du petit bassin. On peut espérer encore, dans ce cas, un soulagement, mais beaucoup moindre et surtout beaucoup moins persistant que quand l'utérus est libre.

Enfin, Messieurs, pour terminer ce qui a trait à cette première partie de l'histoire de la faradisation utérine, il me resterait à rechercher l'interprétation physiologique des phénomènes observés. Malheureusement, il y a encore là bien des lacunes à combler. Une explication des plus simples a bien été proposée. On part de ce principe que dans l'utérus, comme dans tout organe musculeux, le travail de nutrition et surtout le travail de dénutrition est sous la dépendance de la fibre musculaire. Quand cette fibre est gênée dans son fonctionnement, quand elle est immobilisée, emprisonnée dans une gangue de tissu de remplissage plus ou moins considérable, elle s'atrophie. Or, la faradisation agirait justement en stimulant sa contraction. Elle préviendrait ou réprimerait l'engorgement, elle s'opposerait à la prolifération du tissu conjonctif par une sorte d'expression mécanique. L'utérus serait plus ou moins à l'état d'éponge traversée et exprimée par le courant faradique.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse loin d'être confirmée par les expérimentations physiologiques tentées dans la série animale. Mackensie et Barnes en Angleterre, plus récemment Ranvier et de Sinéty en France, n'ont jamais pu faire contracter l'utérus à l'état de vacuité chez la lapine et chez la chienne. Il paraît acquis (Note de Ranvier : Traité des accouchechements Chantreuil et Tarnier) que chez tous les animaux en expériences, on n'a jamais obtenu de contraction manifeste de la fibre utérine, même avec les courants interrompus les plus forts et alors que sous cette même influence on obtenait des contractions non équivoques de l'intestin et de la vessie.

La raison en est peut-être que dans ces derniers organes la fibre lisse possède un rôle actif, incessant, tandis que dans le tissu dense et serré de l'utérus, la fibre musculaire existe surtout à l'état d'emmagasinement, de fibres d'attente, destinée à s'agrandir, à proliférer et à

n'acquérir ses véritables propriétés contractiles, qu'une fois l'utérus à l'état actif, à l'état gravide. Mais si la contraction en masse n'apparaît pas dans les conditions où se sont placés la plupart des expérimentateurs, peut-être n'en existe-t-il pas moins, sous l'influence de la faradisation, des contractions rudimentaires dont l'existence pourrait être décelée à l'aide de procédés d'amplification ou de procédés graphiques actuellement en usage dans les laboratoires de physiologie. Avant que la question de la contractilité ou de la non contractilité de la fibre lisse de l'utérus non gravide, puisse être résolue d'une façon absolue dans un sens ou dans un autre, de nouvelles expériences semblent donc encore nécessaires.

Enfin, il est une considération qu'il ne faut pas perdre de vue. Alors que toutes les expériences tentées sur les animaux seraient négatives, il ne serait pas encore permis d'induire de ce qui se passe dans l'utérus bicorne de la lapine et de la chienne, à ce qui doit se passer dans l'utérus à organisation si différente de la femme. Il existe même dans la science une expérience positive, entreprise directement sur un utérus de femme et qui semble en opposition formelle avec les résultats obtenus par tous les expérimentateurs chez les animaux. Il s'agit de cette curieuse expérience de Spiegelberg, datant de 1859 et rappelée dernièrement ici même par notre collègue M. le docteur Thevenot (1). Spiegelberg eut l'occasion de faradiser l'utérus d'une femme décapitée, quinze minutes après la mort. Il observa, paraît-il, très nettement une sorte d'éréthisme de tout le système utéro-ovarien. Les ligaments ronds se contractaient; les ligaments larges, les trompes et les ovaires se rapprochaient latéralement de l'utérus; en même temps, et c'est là le point capital, ce dernier s'arrondissait, pâlissait et témoignait ainsi d'une véritable autocontraction s'opérant dans son tissu propre. Et il s'agissait bien là d'un utérus à l'état d'absolue vacuité. Autrement le fait eut perdu toute valeur. Tout le monde sait, en effet, que la fibre utérine devient le siège de contractions spontanées dès les premiers temps de la grossesse et est susceptible de contractions provoquées.

L'expérience de Spiegelberg est unique dans son genre. Il n'est pas facile, on le conçoit, de réaliser souvent les conditions expérimentales dans lesquelles se trouvait l'observateur allemand. Et d'ailleurs il n'est peut-être pas permis de conclure de ce qui se passe, au point de vue de la contractilité dans l'utérus d'une femme décapitée, à ce qui se passe dans l'utérus d'une femme vivante.

L'agent nerveux de la contractilité utérine, d'une façon générale, réside essentiellement dans un centre d'innervation ganglionnaire particulier, propre à l'organe. L'expérience de Kehrer sur l'autocontraction d'une corne d'utérus de lapine, après son extirpation, semble bien l'établir. On peut admettre que pour l'utérus, comme pour le cœur, l'innervation cérébro-spinale exerce seulement une action d'arrêt, une action inhibitoire sur l'innervation locale et partant sur les contractions musculaires qui en dépendent. Or, chez une femme décapitée où l'innervation cérébro-spinale est supprimée, où l'influx nerveux ganglionnaire persiste seul momentanément, on peut admettre qu'il fonctionne avec d'autant plus d'intensité que les nerfs d'arrêt du système nerveux central sont supprimés.

L'utérus, dans ce cas, peut bien se contracter sous l'influence de l'excitation faradique, alors que généralement, il se montrerait réfractaire à la même action, chez la femme vivante.

Malgré les résultats plus ou moins contradictoires de l'expérimentation physiologique, en clinique, malgré tout, la contraction utérine se traduirait-elle par des manifestations certaines? Les avis diffèrent; ce qui tient peut-être à la différence d'interprétation des phénomènes observés dans tous les cas. M. de Sinéty consigne dans son traité que Beigel a constaté les contractions utérines chez quatre femmes non enceintes, faradisées. Mais Beigel ne dit pas sur quels signes cette opinion est fondée. Pour ma part, tout ce que j'ai cru voir, sous l'influence de la faradisation, ce sont des modifications dans les conditions statiques de l'utérus.

L'organe se redresse, se fixe en quelque sorte dans la cavité pelvienne. Mais pour expliquer ce résultat, il ne faut pas oublier que tout ce qui est fibre striée, muscles abdominaux, jusques et y compris surtout les expansions du transverse du côté des ligaments ronds, muscles constricteurs du vagin, etc., se contracte ou peut se contracter sous l'influence de la stimulation faradique. De là des compressions en divers sens et notamment des compressions par les muscles abdominaux et indirectement par la masse intestinale. L'utérus est plus ou moins saisi dans un étau. De là, cette sorte d'éréthisme que le doigt constate, comme nous l'avons dit; de là une sorte d'expression utérine pouvant se traduire par une augmentation momentanée de l'écoulement catarrhal, quelquefois par un suintement aqueux, comme il m'était permis de l'observer un jour sur un col gros, très abaissé, à surface épithéliale desquamée. Mais tout cela ne constitue pas encore, je dois l'avouer, la contraction véritable, la contraction proprement dite de la fibre utérine, le phénomène élémentaire observé et décrit par Spiegelberg.

(1) *Du rôle des muscles utéro-pelviens pendant la grossesse.*

Ce qui est hors de doute, c'est le déplacement possible de l'organe faradisé sous l'influence de forces extrinsèques. Peut-être faut-il faire entrer en ligne de compte également l'action de ces plans musculaires à fibres lisses, dits ligaments utérins, muscles utéro-pelviens, péri-utérins, faisant corps d'une part sous forme de faisceaux parfaitement déterminés avec le parenchyme utérin, s'insérant d'autre part en différents points diamétralement opposés de la ceinture pelvienne et dont la disposition et le rôle concernant l'utérus gravide ont été parfaitement élucidés dernièrement devant vous par M. le docteur Thevenot.

Quant à la contraction même de l'utérus, sans en nier la possibilité *a priori*, nous nous bornons à constater que la preuve clinique n'en a pas encore été faite. C'est à cette conclusion que doit se borner notre aperçu théorique sur la matière. Mais quoi qu'il en soit de cette question de la contractilité ou de la non-contractilité de la fibre lisse de l'utérus à l'état de vacuité sous l'influence du courant faradique, question appelant encore de nouvelles recherches et de nouvelles observations, les faits pratiques que nous avons énoncés, n'en gardent pas moins toute leur importance. Au point de vue thérapeutique, nous pouvons considérer la faradisation, telle que nous l'avons décrite, comme un agent antiphlogistique et comme un agent sédatif par excellence des troubles organiques ou fonctionnels de l'utérus non gravide.

Il nous reste à étudier son action sur l'utérus pendant la grossesse, pendant le travail, et après la parturition.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Correspondance manuscrite : Lettre de M. Tarnier *sur les causes de l'abaissement de la mortalité à la Maternité de Paris.* — M. Guyot : *Deux cas de gangrène sèche, suivie de gangrène humide.* — M. Cadet de Gassicourt : *Affection congénitale du cœur. Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Communication entre les deux cœurs par le septum interventriculaire. — Insuffisance de l'orifice tricuspide. — Cyanose. — Tuberculose généralisée. — Examen histologique du cœur. — Pathogénie.* — M. Martineau : *Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis.* — M. Dujardin-Beaumetz : *Sur un nouveau procédé de gavage.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Mémoires* et *Bulletins* de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — *France médicale.* — *Journal de médecine de Paris.* — *Lyon médical.* — *Bulletins* de la Société d'anthropologie. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Revue médicale de Toulouse.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Deux observations obstétricales*, par Wasseige (de Liège). — *Boletin de ciencias medicas* (Mexico).

Correspondance manuscrite : M. TARNIER, chirurgien en chef de la Maternité de Paris, adresse la lettre suivante :

Paris, le 6 juillet 1882.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de prier la Société médicale des hôpitaux de bien vouloir accepter un exemplaire du discours que j'ai prononcé le 24 juin 1882, à la distribution des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité.

Dans ce discours, j'ai dit qu'avant 1870 la mortalité était, à la Maternité, de 9,31 p. 100, tandis que depuis 1870 elle y est descendue à 2,32 p. 100, en comprenant dans ce dernier chiffre le décès des femmes qu'on y apporte dans un état désespéré.

Je demande la permission d'indiquer brièvement les causes qui, selon moi, ont amené cet abaissement de la mortalité.

En 1857, dans ma thèse inaugurale, et plus tard dans d'autres publications, j'avais attribué la propagation des maladies puerpérales à l'existence d'un poison qui se transmet par contagion. Pour être logique, je devais chercher à combattre cette contagion; c'est ce que j'ai fait au moyen des mesures suivantes :

1° Depuis la fondation de la Maternité, quand une accouchée devenait malade, elle était transportée du service d'accouchement dans une infirmerie séparée qui est dirigée par un médecin; mais l'interne et les élèves sages-femmes allaient et venaient de cette infirmerie dans les salles réservées aux accouchées valides. En 1867, lorsque je fus nommé chirurgien en

chef de la Maternité, je protestai contre un état de choses aussi déplorable; mais ce ne fut qu'en 1870 que je réussis à faire créer deux personnels distincts pour le service d'accouchement d'une part, et pour l'infirmerie d'autre part, création qui est due à mon initiative, ainsi que le constate un arrêté du directeur de l'Assistance publique, en date du 28 février 1870.

2° En 1876, j'obtenais la construction d'un pavillon à chambres isolées, et dans ce pavillon il y a eu, depuis sa fondation, 6 décès sur 1,223 accouchements, c'est-à-dire moins d'un demi pour cent; j'ajouterai même que du 29 mai 1879 au 23 juin 1882, on y a fait 608 accouchements sans enregistrer un seul cas de mort.

3° Enfin, en 1878, imitant ce que j'avais vu faire par mon collègue M. Lucas-Championnière, je mettais en vigueur la méthode antiseptique.

Tels sont les faits principaux dont les détails et les preuves se trouvent dans mon discours du 24 juin dernier. Mais la lecture de différents journaux de médecine, qui ont donné le compte rendu analytique des travaux de la Société médicale des hôpitaux dans sa séance du 23 juin 1882, m'a fait penser que ces faits étaient oubliés, ou que j'étais menacé d'un déni de justice; c'est ce qui m'a déterminé à publier mon discours, et à écrire cette lettre à titre de revendication bien formelle.

Veuillez agréer, etc. Dr S. Tarnier.

—

M. Guyot communique deux cas de gangrène sèche, suivie de gangrène humide. (Sera publié prochainement.)

M. Cadet de Gassicourt lit un mémoire sur un cas d'affection congénitale du cœur. (Sera publié prochainement.)

M. Martineau fait une nouvelle communication sur les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. (Voy. Union méd., 20 août 1882.)

—

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication *sur un nouveau procédé de gavage.*

Pendant que M. Debove perfectionnait, par l'invention des poudres de viande, la méthode de la suralimentation qu'il a récemment introduite dans la thérapeutique, j'ai songé à modifier le manuel opératoire de manière à rendre plus facile le procédé du gavage. Malgré les nombreux reproches qui ont été faits à ce mot « gavage », qui n'est pas français, je le reconnais, je le maintiens cependant, parce qu'il est court et qu'il caractérise très nettement l'opération que l'on pratique et le but que l'on veut atteindre.

Ce qui jusqu'ici a empêché le procédé du gavage de se répandre, surtout dans la clientèle, c'est la difficulté de faire accepter au malade l'introduction du tube Faucher; la longueur du tube, son diamètre volumineux, les nausées que son introduction détermine et souvent même les vomissements qui accompagnent les premières séances d'introduction sont des obstacles souvent insurmontables, et il faut toute l'énergie du malade et la patience du médecin, surtout chez les malades qui n'ont pas de troubles profonds du côté de l'estomac, pour faire accepter et pour maintenir cette alimentation. Je me suis donc efforcé de rendre ce gavage le moins pénible possible, et voici à quels résultats je suis arrivé.

J'ai d'abord constaté, dans une première série d'expériences, la réalité du fait signalé pour la première fois par le docteur Ortille (de Lille), c'est qu'il n'est pas nécessaire pour pratiquer l'alimentation forcée de faire pénétrer le tube jusque dans l'estomac et qu'il suffit de le placer à la partie supérieure de l'œsophage; on peut alors, lorsqu'on use d'une pression suffisante et que le malade aide vos efforts par des mouvements de déglutition, faire pénétrer le mélange alimentaire, sans difficulté, jusque dans l'intérieur de l'estomac. Il est bien entendu que dans ces cas il ne faut pas qu'il existe d'obstacle dans le conduit œsophagien, soit tumeur, soit spasme, qui empêcherait la descente du mélange alimentaire.

J'ai démontré ensuite par une autre série d'expériences que l'on pouvait, grâce à l'homogénéité des mélanges préparés avec les poudres alimentaires, les faire passer par des tubes d'un très petit diamétre, surtout si l'on fait une pression assez énergique à la surface du liquide.

Ces deux points établis, j'ai alors réduit de moité le tube Faucher, et M. Galante, qui a suivi toutes ces expériences avec grand soin, à construit une sonde d'une longueur de 30 centimètres et de petit diamètre. Cette sonde est aplatie vers son extrémité pharyngienne, tandis qu'au contraire, vers son extrémité buccale il existe un disque en caoutchouc, qui s'applique sur la bouche du malade, et qui empêche le tube d'être dégluti tout entier. L'aplatissement de l'extrémité pharyngienne du tube rend son introduction plus facile, et comme cet aplatissement se fait d'avant en arrière, le tube présente une fente antéropostérieure, ce qui empêche son introduction dans le larynx.

Les parois de cette sonde sont épaisses et constituées par un caoutchouc plus compacte que

celui des tubes Faucher; mais, pour augmenter encore cette résistance et rendre la pénétration plus facile, on introduit dans son intérieur un conducteur en baleine courbée, conducteur moins long que le tube et qui laisse ainsi la partie pharyngée souple.

L'introduclion de cet appareil est des plus faciles. Vous faites ouvrir largement la bouche au malade et sortir la langue, et, avec la sonde armée de son mandrin, vous pénétrez d'un seul coup dans l'arrière-gorge; puis, pendant que le malade exécute des mouvements de déglutition, vous retirez le mandrin et vous faites pénétrer le tube jusqu'à ce que le disque vienne toucher les lèvres du malade, et ce dernier place entre ses dents l'extrémilé de la sonde.

Il restait maintenant à trouver une disposition commode de faire passer le liquide alimentaire à travers le tube. J'avais d'abord songé à employer une pompe, mais ce sont des appareils fort coûteux, et, de plus, le contact incessant du mélange alimentaire rendait difficile l'entretien de cette pompe dans un état de propreté suffisant, et voici à quoi nous nous sommes arrêtés M. Galante et moi. Dans un grand vase en verre, contenant 2 litres et demi, et à large base, de manière à se placer facilement sur une table sans crainte d'être renversé, nous avons pratiqué deux ouvertures : l'une à sa partie supérieure, l'autre à sa partie latérale et tout à fait inférieure. A cette dernière ouverture s'adapte un tube en caoutchouc, dont l'une des extrémités plonge dans l'intérieur du vase et dont l'autre extrémité, libre, vient s'appliquer au tube placé dans la bouche. Un index en verre, placé près du malade, permet de suivre la marche du liquide. A l'autre tubulure, placée à la partie supérieure du vase, nous plaçons un bouchon en caoutchouc qui ferme, par un procédé spécial, hermétiquement l'ouverture, et un tube en caoutchouc, communiquant avec une poire, traverse le bouchon. Si j'ajoute que le réservoir en verre est gradué, j'aurai complété la description de cette seconde partie de l'appareil, qui présente ce grand avantage d'être très peu coûteux et d'être nettoyé avec une extrême facilité; enfin de ne pas présenter de robinet, qui se serait facilement altéré par le contact incessant des poudres alimentaires. Voici maintenant comment on procède :

On commence par remplir, au moyen d'un entonnoir, le réservoir de verre avec le mélange alimentaire que l'on a fait. Il faut que la quantité introduite soit un peu plus considérable que celle que doit prendre le malade, pour éviter que, si l'on venait à épuiser le contenu du vase, de l'air ne pénétrât dans l'estomac.

On ferme la tubulure supérieure, on introduit ensuite le tube dans la bouche du malade et on le place à la partie supérieure de l'œsophage, puis on ajuste les deux extrémités, et une fois que cette jonction est faite, on exécute des pressions avec la main sur la poire de caoutchouc et l'on voit, au travers l'index en verre, le mélange passer du réservoir dans le tube et de là dans l'œsophage et l'estomac du malade. Selon la fréquence des pressions exercées, on hâte plus ou moins l'introduction de ce liquide et l'on juge de la quantité introduite par les graduations placées dans le réservoir. Lorsqu'on trouve que la dose est suffisante, il suffit soit de cesser les pressions sur la poire en caoutchouc soit de serrer le tube avec ses doigts pour arrêter la marche du liquide. Le malade, d'ailleurs, peut exécuter tous ces mouvements, et la figure de la première page montre comment il y arrive dans ce cas. De la main gauche il tient le tube à l'extrémité de sa bouche, tandis que de sa main droite, il exécute les pressions sur la poire en caoutchouc, pendant qu'il suit de l'œil sur l'index la marche plus ou moins rapide du mélange alimentaire.

Tel est l'appareil que je propose et que j'ai expérimenté maintes fois avec succès dans mon service; il est bien entendu qu'il ne peut servir qu'au gavage et que chez les malades porteurs d'affections de l'estomac et auxquels il est nécessaire de laver cet organe, il faut revenir au tube Faucher. Dans la plupart des cas, je suis arrivé du premier coup, chez les tuberculeux, à me servir de ce tube sans difficulté; seulement, il faut, dans la première séance, faire pénétrer le liquide avec une extrême lenteur, car, sans cela, le malade rejette les aliments; il faut aussi, dans le cas où il existe une susceptibilité trop grande du pharynx, pratiquer des lavages au bromure de potassium, ou administrer ce sel à l'intérieur; enfin je reconnais que chez les malades atteints d'épiglottite ou de laryngite ulcéreuse, ce procédé est quelquefois douloureux. Mais, sauf ces restrictions, le manuel opératoire du gavage, tel que je le propose, est accepté facilement par le malade, et je crois que l'on pourra désormais généraliser cette pratique dans la clientèle, grâce aux modifications que je viens d'exposer.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, TROISIER.

JOURNAL DES JOURNAUX

Le centre de vision des couleurs, d'après M. SAMELSHON (de Cologne). — L'existence du centre de vision des couleurs doit être distincte du centre de perception de la lumière et de l'étendue; puisque la vision des couleurs peut être absente chez des individus où les deux autres fonctions sont normales. Cette explication étant admise, on peut conclure, que les fonctions de chacun de ces centres peuvent être dissociées et que l'une peut manquer sans aucun inconvénient pour le parfait développement des deux autres. Or, la localisation de ces centres, si tant est qu'elle existe est impossible à démontrer directement mais on peut la déduire de recherches anatomo-pathologiques chez des malades dont l'hémiopie dépend d'une lésion des hémisphères cérébraux, les nerfs optiques étant intacts.

Samelshon a observé un cas de ce genre; et, quoique incomplète, cette observation a une importance considérable. Le malade, âgé de 63 ans, était atteint de troubles visuels, consécutifs à une attaque d'apoplexie cérébrale. L'hémiplégie droite du début fut remplacée, quelques mois plus tard, par une parésie du bras et de la jambe sans anesthésie. A l'examen ophthalmoscopique, le fond des deux yeux était normal, et en tenant compte d'une faible presbytie, l'acuité visuelle n'était pas diminuée. Cependant, la vision était imparfaite quand l'œil droit était fermé, et qu'alors on explorait l'étendue du champ visuel. Cependant, en remplaçant un objet plus grand à un de plus petite étendue, on ne pouvait constater de différence. Mais en substituant un plan d'épreuve coloré, on pouvait constater une hémiopie des couleurs du côté gauche. Cette hémiopie était limitée exactement par une ligne verticale médiane. Dans la moitié droite du champ visuel de chacun des yeux, la couleur était perçue aussi bien vers le centre qu'à la périphérie. Mais sur la moitié droite, aucune couleur n'était perçue, et cette moitié avait une coloration grisâtre. On obtenait le même résultat en expérimentant dans l'obscurité au moyen de verres colorés. Il existait de la paralysie du muscle droit supérieur; mais cette paralysie disparut par le traitement, tandis que la parésie des membres ne fut pas améliorée. Quatre années plus tard, le malade succomba à la suite d'une nouvelle attaque d'apoplexie; mais, malheureusement, on ne fit pas d'autopsie.

Ce cas présente quelques analogies avec celui qui a été signalé par Freitel. Jusqu'à un certain point, on peut donc conclure qu'il existe un centre de vision des couleurs, indépendant du centre de perception de la lumière blanche, centre qui peut être lésé sans altération simultanée de l'acuité visuelle. — (*The Lancet*, p. 918, 26 novembre 1881). — Ch. E.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ASTHME DES FOINS. — THOROWGOOD.

Pour combattre l'élément spasmodique de l'asthme des foins, les cigarettes de Trousseau qui renferment chacune 3/4 de grains d'arséniate de soude, paraissent très efficaces. Le malade doit, deux ou trois fois de suite, inspirer profondément la fumée, puis attendre pour voir quel en est le résultat. Parmi les remèdes internes l'acide arsénieux occupe aussi la première place. On le prescrit sous forme de granules ou de pilules, une heure après le repas en commençant par un cinquantième de grain, trois fois le jour. On peut ordonner aussi la solution suivante :

Liqueur de Fowler.	0 gr 08 centigr.
Iodure de potassium.	0 gr 12 centigr.
Liqueur d'ammoniaque.	0 gr 20 centigr.
Eau distillée	30 grammes.

Mêlez. — A prendre trois fois le jour. — Ce mélange produit des résultats favorables, alors que l'arsénic et l'iodure de potassium isolés restent sans effet. — La teinture de noix vomique, à la dose de 0 gr 20 à 0 gr 40 centig., jouit aussi d'une certaine efficacité. En même temps qu'on en fait usage, on renifle du sous-nitrate de bismuth. — N. G.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons à la dernière heure la mort du docteur Hillairet, l'un des praticiens les plus distingués de Paris. Le docteur Hillairet a été frappé par une appoplexie foudroyante, dans son cabinet de consultation. Il avait à peine 67 ans.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'EMBOLIE PULMONAIRE COMME CAUSE DE MORT RAPIDE ET IMPRÉVUE DANS LE COURS DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 février 1881,

Par M. DUGUET,

Professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Le 3 janvier 1862, notre ami le professeur Ball, converti aux idées nouvelles et instruit par des faits nombreux et bien observés, soutenait sa thèse inaugurale intitulée : *Embolies pulmonaires*. Ce travail remarquable jeta un certain trouble dans l'esprit de quelques médecins attachés quand même aux anciennes doctrines ; il s'ensuivit une réaction facile à comprendre, dont nous trouvons les traces profondes dans la thèse inaugurale soutenue le 16 juillet de la même année, par M. A. Lemarchand, et ayant pour titre : *Etude sur quelques points de l'histoire des oblitérations vasculaires*. De la thèse de M. Ball se dégage une conception nette de l'embolie pulmonaire. De la thèse de M. Lemarchand, inspirée par l'un de ses maîtres, se dégage au contraire une conception incertaine, obscure, dans laquelle le doute s'élève souvent autour de l'embolie, et nous ramène à la doctrine des coagulations autochtones, autrement dit, à l'idée de la thrombose pulmonaire. Malgré les efforts tentés dans ce dernier travail, un peu trop oublié par quelques-uns de nos contemporains, l'embolie pulmonaire a fait son chemin, se substituant souvent, nous ne disons pas toujours, à la thrombose pulmonaire d'autrefois.

En ce qui concerne le chapitre restreint de la *phthisie* pulmonaire, nous trouvons déjà dans le travail de M. Ball trois observations qui démontrent la possibilité de la mort imprévue et rapide par embolies pulmonaires ; mais, malgré les huit cas d'embolies pulmonaires chez des phthisiques, cités par Cohn, les faits de ce genre ne sont pas aussi nombreux que la grande tendance inopexique du sang des phthisiques permettrait de le soupçonner.

Dans son mémoire paru en 1870 (1), M. Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, affirme que « ce sont les embolies qui sont la cause la plus fréquente des « morts rapides par gêne de la circulation sanguine chez les phthisiques ». « Nous « sommes convaincus, dit-il, que l'on doit attribuer à cette cause un certain nombre « de morts brusques que l'on mettait sur le compte de lésions pulmonaires diverses « et plus ou moins avancées, il y a quelques années, alors que l'embolie était in- « connue ou peu étudiée..... »

Cependant plus bas, M. Perroud ajoute : « Lorsqu'on pense que la phthisie pulmo- « naire est une des principales maladies à inopexie ; quand on songe à la grande « fréquence des coagulations fibrineuses du cœur et à la fréquence incontestable des « caillots sanguins intra-veineux dans cette affection, on est surpris de voir l'em- « bolie si rarement mentionnée chez les phthisiques, et de la rencontrer chez eux « si peu communément, relativement au degré de fréquence qu'elle atteint dans « l'état puerpéral, autre condition non moins favorable à l'inopexie..... » « En effet, « parmi les nombreuses observations que nous avons compulsées, de mort subite « par embolies, nous n'avons pas trouvé un seul cas de phthisie..... »

(1) PERROUD. De la mort subite chez les phthisiques. (*Lyon médical*, 2e année, 1870, t. VI, p. 271 et 309, etc.)

M. Perroud n'admettrait-il donc pas les huit cas cités par Cohn et les trois observations rapportées par M. Ball? Ce qui pourtant constitue déjà onze faits connus.

« Et, ajoute le même auteur, si nous parlons ici avec quelques détails de cette « cause de mort subite, c'est plutôt sous la pression de l'analogie des causes et des « symptômes que sous le couvert d'une démonstration clinique et nécropsique « directe. »

La thèse de M. Ball offre cependant, il nous semble, une *démonstration clinique et nécropsique directe*.

Plus loin : « Toutefois, ce qui se passe dans les maladies inopexiques autres que « la phthisie pulmonaire..... nous fait penser que la mort peut arriver brusque- « ment chez les phthisiques par suite d'embolies pulmonaires, et que, dans ces cas, « l'embolie peut provenir d'un caillot formé soit dans le cœur droit, soit dans un « point du système veineux général, par exemple, dans la veine fémorale, que l'on « voit être si souvent le siège de concrétions fibrineuses, au niveau du ligament de « Fallope. »

Tous ces passages du mémoire de M. Perroud sont parfaits en théorie, voilà pourquoi nous les citons textuellement, et ils nous paraissent d'accord avec les faits, mais nullement avec les trois seuls qu'il a rapportés et dans lesquels il croit reconnaître chez des phthisiques de 64, 62 et 60 ans, ce genre de mort par embolies pulmonaires. *Aucun* de ces trois sujets n'a pu être autopsié; par conséquent, le chapitre de M. Perroud sur la mort subite des phthisiques par embolie pulmonaire, très bien conçu d'ailleurs, manque malheureusement de la seule base sur laquelle il pouvait scientifiquement l'appuyer, à savoir : l'observation anatomique.

D'un autre côté, nous ne pouvons passer sous silence une observation de notre collègue et ami le docteur Huchard, observation qui a servi de base à une note lue par lui à la Société médicale des hôpitaux (1) et que nous retrouvons dans le thèse d'un de ses élèves, le docteur Niquet (2).

M. Huchard, évidemment, soucieux d'apporter de nouvelles preuves à l'appui de la mort par thrombose pulmonaire dans les cachexies, pense « éclairer d'un jour « nouveau l'histoire de la mort subite dans la phthisie pulmonaire », en rapportant l'histoire d'un phthisique mort en moins de dix minutes dans un accès subit d'asphyxie avec suffocation; et il ne craint pas de rattacher une mort aussi *brusque* à une thrombose pulmonaire, dont le processus *lent* s'accorde mal avec une fin si imprévue, et que l'autopsie ne nous paraît nullement confirmer.

En effet, l'examen cadavérique, clairement fait en vue de la thrombose pulmonaire, démontre néanmoins :

1° Que le caillot qui occupe la branche gauche de l'artère pulmonaire est terminé assez *irrégulièrement* du côté du cœur;

2° Qu'il n'est *nulle part adhérent* aux parois vasculaires.

3° Que les branches de l'artère pulmonaire qui le contiennent sont *parfaitement saines*.

Ces trois caractères appartiennent, on le sait, à l'*embolie* pulmonaire.

Quant à la recherche des *foyers* d'embolies pulmonaires dans les veines des membres, foyers que rien ne faisait soupçonner, paraît-il, à M. Huchard, elle n'a pas eu lieu. « Les veines du membre supérieur n'ont pas été examinées; les veines « iliaques étaient absolument saines. » C'est tout. On ne dit rien des veines des membres inférieurs. Or, dans l'espèce, l'autopsie minutieuse de ces dernières veines avait une très grande importance quand il s'agissait de nier l'embolie pulmonaire avec des caillots qui en présentent cependant les principaux caractères.

A notre sens, il serait donc possible de rattacher le fait que rapportent M. Huchard et son élève M. Niquet, non pas à la *thrombose*, mais bien à l'*embolie pulmo-*

(1) Henri HUCHARD. De la thrombose pulmonaire comme cause de mort subite ou rapide dans les cachexies (tuberculose, carcinose, etc.). In *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1878, t. XV, 2ᵉ série, p. 229.

(2) NIQUET. Des causes de la mort dans la phthisie pulmonaire chronique. Thèse inaugurale. Paris, 1878, n° 459.

naire; cette conclusion, du moins, nous semblerait plus logique; ce qui rapprocherait singulièrement ce cas de celui que nous avons observé et dont nous avons présenté les pièces anatomiques à la Société médicale des hôpitaux.

D'ailleurs, si l'on voulait serrer de près un certain nombre d'autres faits publiés sous le nom de thrombose pulmonaire, et en particulier quelques-uns de ceux que renferment la thèse citée plus haut de M. Lemarchand, il serait facile d'arriver à en modifier également la signification et le titre.

Voici maintenant l'histoire de notre malade :

Le 18 janvier 1881 entrait dans notre service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une bronchite chronique, Albert Fim..., garçon limonadier, âgé de 32 ans. Ce malade avait joui, paraît-il, d'une santé assez bonne, quand, il y a un an, il se mit à tousser.

Plusieurs hémoptysies ont marqué le début de sa maladie; mais pendant huit mois encore il a pu continuer son travail habituel. Peu à peu cependant les forces ayant trahi son courage, il fut obligé de s'arrêter, et, depuis six semaines, il passe presque toutes ses journées au lit, en proie à une fièvre qui s'exaspère assez régulièrement chaque soir, et s'accompagne de sueurs nocturnes plus ou moins abondantes. N'en pouvant plus, et à bout de ressources, il entre à l'hôpital.

Nous le trouvons pâle, amaigri, fatigué. Il a des quintes de toux fréquentes, de l'oppression, et une expectoration composée de crachats nombreux, déchiquetés, nummulaires. Son appétit est presque nul; mais il n'a ni diarrhée ni vomissements.

Il est facile de constater que tout le côté droit du thorax est mat, principalement dans les régions supérieures. De haut en bas s'entendent du souffle caverneux avec gargouillement, puis des râles cavernuleux, puis de gros et nombreux râles sous-crépitants. A gauche, la matité est des plus nette dans le tiers supérieur, puis disparaît peu à peu dans les régions inférieures. La respiration, rude, prolongée, s'accompagne, dans la moitié supérieure, de râles cavernuleux, et, dans la moitié inférieure, elle n'est altérée que par des râles sous-crépitants fins, disséminés.

L'examen des autres organes révèle leur intégrité parfaite; les urines sont normales; le malade ne se plaint d'*aucune douleur* dans les membres, et, chose remarquable, malgré son grand affaiblissement et son état cachectique, il ne présente pas au pourtour des malléoles *la plus petite trace d'œdème.*

Nous avions donc sous les yeux un cas de phthisie pulmonaire tout à fait vulgaire, que nous croyions destiné à finir *lentement* et que nous avions désigné pour un transfert prochain à l'hôpital Laënnec. Soutenu par des bouillons, des potages, des œufs, un peu de viande, du quinquina et du bordeaux, Albert Sim... passait tranquillement ses journées, tantôt couché, tout en allant et venant dans la salle.

Le 30 janvier nous le trouvions, à la visite du matin, exactement dans le même état que le jour de son entrée, sans douleur ni œdème des membres inférieurs. Il se couchait le soir comme d'ordinaire. A onze heures, il se leva, ainsi qu'il le faisait souvent, pour aller aux cabinets situés à une faible distance de son lit. On ne le vit pas revenir. A onze heures et demie, un malade de la salle voisine se présentant également aux cabinets heurta du pied notre malade tombé la face contre terre et replié sur lui-même; il appela; l'infirmier accourut, et tous deux relevèrent Albert Sim..,, pâle, encore chaud, mais ne respirant plus; il était *mort*.

Que s'était-il passé? L'autopsie seule pouvait nous l'apprendre. Elle fut faite le surlendemain.

Le thorax étant ouvert, le poumon *droit* fut trouvé complètement retenu aux parois costales par des néo-membranes épaisses, vasculaires, infiltrées de sérosité et de granulations tuberculeuses. Le lobe supérieur est converti en une immense caverne anfractueuse; le lobe moyen est détruit de la même façon; le lobe inférieur est complètement transformé par des tubercules à tous les degrés de développement depuis la granulation jusqu'à l'infiltration tuberculeuse. Le parenchyme ne crépite plus nulle part.

Le poumon gauche, relié aux côtes par des adhérences limitées au sommet, est emphysémateux en avant, mais renferme dans son lobe supérieur un grand nombre de cavernules et de tubercules à tous les degrés. Le lobe supérieur du poumon gauche, comme le poumon droit tout entier, était donc à peu près totalement perdu depuis quelque temps pour la respiration. Le lobe inférieur, parsemé seulement de quelques tubercules crus, présente une coloration rouge très intense.

La trachée et les bronches ne contiennent qu'un peu de muco-pus.

L'artère pulmonaire, dans le poumon droit et le lobe supérieur du poumon gauche, est presque vide, on n'y rencontre que de faibles débris de caillots cruoriques noirâtres. Mais la branche artérielle qui se rend au lobe inférieur gauche (le seul qui servît encore pour la respiration), est *complètement oblitérée* par des caillots grisâtres, fermes, homogènes, à cassure grenue et feuilletée dont voici la disposition :

Immédiatement au niveau de la bifurcation de la branche gauche de l'artère pulmonaire apparaît, émergeant de la division inférieure, un premier caillot oviforme, un peu aplati et offrant assez bien l'aspect d'un petit cœur d'oiseau (fig. I. a) ; conoïde par son extrémité libre, il s'est un peu aplati, étalé et comme creusé à l'extrémité opposée, qui correspond à une sorte d'éperon épais, grisâtre également ; mais il est exempt de toute adhérence, un filet d'eau l'entraîne et met à découvert un autre caillot semblable qui oblitère complètement les deux premières branches de division qui desservent le lobe inférieur. Ce second caillot est à cheval sur l'éperon artériel, courbé sur cet éperon (b) et se prolonge jusqu'à 3 centimètres seulement dans la branche supérieure (c) et jusqu'à 3 centimètres 1/2 dans la branche inférieure (d). Le coude qu'il présente sur l'éperon artériel forme cette sorte d'éperon épais sur lequel le premier caillot cordiforme décrit plus haut est venu appuyer sa base qui s'y est légèrement aplatie et même creusée en s'y moulant. Ce grand caillot, de 7 centimètres de long environ se termine dans la branche supérieure par une extrémité *irrégulière* et comme *cassée* (c), dans la branche inférieure, au contraire, par une extrémité *mousse, un peu bicorne* (d), ce qui se comprend facilement, attendu que cette extrémité aboutit directement à un éperon de division secondaire de la branche où le caillot est engagé, s'y trouve arrêtée et comme à cheval.

En poursuivant la dissection de ces branches secondaires, on constate d'abord qu'elles ne contiennent qu'un peu de sang noirâtre coagulé ; mais bientôt on rencontre dans chacune de ces deux branches secondaires un troisième caillot dans l'une (e), un quatrième caillot dans l'autre (f), caillots en tous points de même composition et de même aspect que les précédents, sauf le volume qui est moindre. Celui de la branche secondaire supérieure (e) est long de 3 centimètres environ, terminé vers le cœur par une extrémité mousse, vers la surface du poumon par une extrémité bifide ou mieux bicorne, à cheval à son tour sur un éperon de division de troisième ordre. Au delà, les dernières ramifications artérielles ne renferment qu'un peu de sang noirâtre. Celui de la branche secondaire inférieure (f), d'une longueur analogue, est moniliforme, d'un gris noirâtre, et se termine brusquement à son tour sur un éperon de troisième ordre en projetant un léger prolongement, une corne de chaque côté de l'éperon. Puis, au delà, plus rien.

Aucun de ces quatre caillots n'a contracté d'*adhérences* avec les parois artérielles qui ont conservé d'ailleurs une *intégrité parfaite*.

(La fin à un prochain numéro.)

Agrégation. — Par arrêté en date du 31 août 1882, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 20 mai 1882 est porté de quarante-neuf à cinquante.

Cette cinquantième place sera comprise dans la section d'accouchements et sera réservée à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

REVUE GÉNÉRALE

LE PROCÈS DE L'IODOFORME (1).

II

Dans sa fougue de réaction contre un pansement qui a occasionné tant de mécomptes, Kocher demandait qu'un Congrès chirurgical fut appelé à prononcer la déchéance de l'iodoforme.

Le Congrès a été tenu. Lors de la réunion des chirurgiens allemands, du 30 mai au 3 juin dernier, à l'occasion d'une communication magistrale de Langenbeck, la discussion s'est généralisée, et quoique cette exécution n'ait pas été faite comme le voulait Kocher, quelques points de pratique ont été précisés. L'opinion est suffisamment éclairée sur d'autres, et toute cette agitation, en somme, n'aura pas été stérile (2). Le dernier mot semble dit : le résumé de ce débat nous paraît la meilleure des conclusions.

Langenbeck a eu au début des accidents, à la Clinique de Berlin, malgré les petites doses employées (rarement plus de 5 à 10 grammes à la fois).

Une manie aiguë chez une femme de 45 ans, à qui avait été pratiquée l'amputation du sein avec curage de l'aisselle, cessa seulement 8 semaines après la suppression de l'iodoforme.

De semblables accidents se sont montrés chez une fillette de 11 ans, à la suite de l'extirpation d'un angiome caverneux très étendu du cou.

Enfin, un homme de 72 ans, qui avait subi l'amputation de la cuisse, mourut dans des conditions qui laissèrent indécise la question d'une intoxication phéniquée ou iodoformique. La carbolurie avait été très abondante après l'opération, pendant qu'on ne trouvait pas de traces d'iode dans les urines. L'autopsie ne put être pratiquée.

La lenteur de l'absoption et de l'élimination de l'iodoforme peut être l'origine de dangers lointains qu'il ne faut pas perdre de vue. Chez une femme de 27 ans, à qui avait été pratiquée la résection du coude, la cicatrisation s'effectua, pour ainsi dire, par première intention à la suite d'une application de 5 grammes d'iodoforme. Huit semaines après, quand la malade quitta le service, il y avait encore de l'iode dans les urines. Une autre femme subit l'amputation du sein; et la plaie reçut 15 grammes d'iodoforme. La cicatrisation eut lieu par première intention; mais 4 mois après la guérison, il se forma une ulcération de la cicatrice, laquelle donna issue à des grumeaux d'iodoforme. En conséquence, il croit prudent de s'abstenir de bourrer d'iodoforme les plaies cavitaires et les profondeurs des tissus suturés. Il se contente d'en saupoudrer légèrement les surfaces. Très peu d'iodoforme est nécessaire; il semble qu'il suffise que la blessure baigne dans une atmosphère iodoformée.

Ainsi procède-t-il depuis quelque temps, et il n'observe plus aucun cas d'intoxication bien que l'iode se retrouve presque sans exception dans l'urine. Il n'en obtient pas moins la diminution de la douleur, l'absence presque absolue de sécrétion et des phénomènes inflammatoires.

Le mécanisme intime de l'action de l'iodoforme est celui d'une sorte de cicatrisation sous-cutanée. Dans les profondeurs des lésions où existe un tissu adipeux abondant, son action est en défaut, sans doute parce que cette graisse dissout l'iodoforme et que la formation de cette croûte salutaire se trouve ainsi entravée. L'iodoforme empêche la résorption du sang épanché dans la profondeur des plaies et s'oppose ainsi aux inconvénients graves qui peuvent en résulter.

Un certain nombre d'opérations sont appelées à bénéficier tout particulièrement du pansement de l'iodoforme; l'opération du phymosis (circoncision), de la rétraction de l'aponévrose palmaire; les autoplasties surtout qui, grâce à lui, entrent dans une nouvelle phase. Jusqu'à présent, les greffes épidermiques par la méthode de Reverdin ne lui réussissaient pas, ni avec le procédé modifié de Zehender (ablation du tissu cellulaire graisseux). Ces greffes paraissaient prendre tout d'abord; puis on observait un soulèvement bulbeux de l'épiderme; les îlots se recroquevillaient, suppuraient, s'éliminaient partiellement, et on obtenait, en fin de compte, ces cicatrices difformes qu'on avait précisément pour but d'éviter. L'iodoforme, en prévenant ces accidents, fait merveille.

A la suite de cette intéressante communication, Mikuliez, de Vienne, un des promoteurs du pansement à l'iodoforme, prend la parole.

Il est certain, dit-il, que l'iodoforme n'a pas tenu toutes les promesses qui avaient été faites en son nom; mais si on est allé trop loin dans l'enthousiasme, on a dépassé les bornes aussi

(1) Suite. — Voir l'*Union médicale* des 10 août et 16 septembre 1882.

(2) Voir *Central Blatt für chir.*, n° 29, 22 juillet 1882, supplément.

dans le dénigrement. Il a, d'ailleurs, publié les premiers cas de mort par l'iodoforme, observés, en mai 1881, dans le service de Billroth; il a été le premier à signaler les dangers qu'un peu de prudence a suffi à écarter.

L'iodoforme est le bouc émissaire de tous les malheurs chirurgicaux, comme s'ils dataient de son intronisation dans la pratique. Il s'en faut, par exemple, que l'élévation de la température à la suite de son emploi lui doive toujours être imputée, comme tendent à le faire Küster et Schede. On n'est pas mieux fondé à lui attribuer la mort par collapsus à la suite des opérations. Il n'y a de bien assuré à son passif que les accidents cérébraux et cardiaques.

Un de mes collègues de Vienne, par exemple, perd une de ses malades, opérée de périnéoraphie, 17 jours après l'opération. On accusait l'iodoforme. L'autopsie démontra une pyohémie.

Les cas d'intoxication sont à mettre sur le compte de l'emploi inconsidéré d'un topique excellent, sans réserve, dans ses limites d'innocuité. Il faut avoir égard, surtout, aux dimensions des plaies et de la surface de résorption. Quand on dit que 10 grammes constituent une quantité qui ne doit pas être dépassée, c'est selon : comblez une petite plaie en doigt de gant avec 10 grammes d'iodoforme, vous ne courrez aucun risque; répandez la même quantité à la surface d'une plaie superficielle étendue, ou à la surface d'une membrane absorbante et vous pourrez avoir des accidents graves. Il faut distinguer aussi entre l'iodoforme cristallisé et l'iodoforme en poudre : celui-ci plus absorbable, partant, plus dangereux.

D'après Behring, les plaies fraîches, cruentées, décomposent plus facilement l'iodoforme et accélèrent ainsi l'absorption de l'iode. C'est une superfluité et un tort d'en saupoudrer les plaies qui doivent se réunir par première intention; il y a un véritable danger, par surcroît à les suturer. Enfin les personnes grasses le supportent mal, la graisse étant un dissolvant.

Sur les 11 cas de mort rapportés par Kœnig, 8 ou 9 paraissent bien démontrés. Quatre fois il s'agissait d'amputation du sein : la richesse de cette région en tissu adipeux exigeait plus de réserve. Deux cas de mort relatés par Neuber et Haftmann se rapportent à cette même opération. On trouve encore dans Kœnig de graves et mortels empoisonnements à la suite de grandes plaies d'amputation. On doit être très circonspect relativement aux applications d'iodoforme dans la cavité péritonéale. Quand Küster a un cas de mort après inclusion dans cette cavité de 35 à 40 grammes d'iodoforme, personne ne s'étonnera d'un pareil résultat.

Dans les deux cas de Beger (Clinique de Thiersch) on avait employé jusqu'à 300 grammes, et Henri 100 à 200 grammes.

Il ne reste pas moins certaines circonstances dans lesquelles toutes les précautions prises, relativement aux quantités, aux régions, aux surfaces, des intoxications mortelles se produiront. Ici nous nous trouvons en présence d'idiosyncrasies, comme l'ont admis Czernig et Kœnig, c'est-à-dire de prédispositions indéfinissables, dont les affections rénales ou circulatoires sont loin d'épuiser toutes les catégories. Mais tout bien pesé, les avantages de l'iodoforme sont tels que Mikuliez ne voit pas jusqu'à présent quel autre antiseptique pourrait lui être opposé sans infériorité. Avant de chercher dans une autre direction, et de courir peut-être de nouvelles aventures, il convient que l'observation ait, en l'espèce, définitivemeut et catégoriquement prononcé.

Küster, dont le nom a été prononcé ne peut accepter sans réserves toutes les propositions qui ont été énoncées. La fièvre d'intoxication iodoformique existe bien, quoi qu'on en dise, et ne doit pas être confondue avec la fièvre traumatique. Elle survient, non le premier jour, mais au troisième et au quatrième; elle ne disparaît pas en un ou deux nycthémères, mais dure huit jours et plus, tant qu'il reste de l'iode dans l'organisme. On sait depuis longtemps que le goître cède souvent à l'iode, mais que quelquefois la mort survient à la suite d'une fièvre ardente. La fièvre phéniquée n'en est pas moins contestable.

Schede répond à quelques objections faites à son travail, qui n'a pas la prétention d'épuiser la question, mais laisse encore quelques problèmes à résoudre. Il insiste aujourd'hui sur la grande fréquence de l'érysipèle sous le pansement iodoformé. Bien loin que cette dangereuse complication soit supprimée, en 3 mois il en a observé 39 cas avec 15 décès dans son service, parmi lesquels 17 cas et 6 décès reviennent à l'iodoforme. La forme est grave, comme on le voit. Absolument réfractaire aux moyens abortifs, elle aboutissait rapidement à la pyohémie métastatique, ce qu'il n'avait pas vu depuis 1873.

En résumé, il voit des érysipèles et des troubles cérébraux mortels suivre l'emploi de l'iodoforme, tandis qu'il ne lui est pas démontré que ce topique ait sauvé la vie d'un seul malade. Dans de telles conditions, il est suffisamment édifié; il n'y a pas lieu de poursuivre l'expérimentation; le sublimé se montre bien plus utile et efficace; depuis son emploi l'érysipèle a disparu de ses salles.

C'est au sublimé que se rallie également Bergmann (de Wurzbourg), qui le réserve à la

désinfection des mains et du champ d'opération, gardant l'acide phénique pour les lavages des plaies, des instruments; pratique qui est également celle de Bardeleben (Berlin), lequel conseille d'éviter, d'après les idées de Mosetig, l'association de l'acide phénique et de l'iodoforme.

Rosenbach, de Goettingue, relativement au pouvoir antiseptique de l'iodoforme, dit qu'il s'est montré peu actif vis-à-vis de quelques bactéries, entre autres celles du charbon, fait vérifié par Arloing et V. Martin, au moins à l'égard des bactéries du charbon symptomatique.

Winiwarter, de Liège, met de nouveau en garde contre l'iodoforme dans les plaies fermées et comprimées. Il a observé plusieurs cas d'intoxication légère et un plus grave, non suivi de mort à la vérité; il s'agissait d'une brûlure étendue sur laquelle on avait pratiqué pendant un mois des applications d'iodoforme.

Eseter, de Trieste, a eu un cas de mort par manie iodoformique.

Une discussion moins retentissante a eu lieu à la Société des chirurgiens militaires allemands de Berlin (1) à l'occasion de diverses observations présentées par le docteur Wolff, entre autres, d'un cas d'empyème mené à guérison par l'iodoforme, malgré quelques symptômes d'intoxication (trouble montant, délire, agitation, etc.).

Starck ne croit pas à la possibilité de l'application de l'iodoforme et des pansements pulvérulents, en général, sur le champ de bataille, l'écoulement de sang et l'abondance des sécrétions entravant la formation de la couche protectrice recherchée. D'ailleurs les accidents observés entre autres, dans sa propre pratique, constituent de graves inconvénients.

Le médecin général Schubert l'emploie cependant sans dommage, *largâ manu*.

Enfin, d'après Thilo, si l'iodoforme provoque quelquefois des abcès, comme corps étranger, on doit lui reconnaître la vertu, qui lui a été attribuée par Baroleben, d'arrêter les hémorrhagies en provoquant le resserrement des petits vaisseaux dans les plaies d'amputation, par exemple, avantage qu'il ne partage avec aucun autre antiseptique.

R. LONGUET.

(1) Séances des 21 mars et 21 avril 1882. *Deut. milit. Zeitschrift*, juillet 1882.

BIBLIOTHÈQUE

SUR LA STRUCTURE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par M. le docteur J.-B. LAURA. (*Atti della Reale Accademia di medicina di Torino.*) Vol. VI, fasc. I.

Les notions précises que la science possède sur la structure de la moelle sont encore pleines de réticences et d'obscurité, et il en est de même pour l'étude des autres centres nerveux, quoique l'histologie n'ait cessé de faire d'importantes découvertes depuis une vingtaine d'années.

Le travail de notre distingué confrère est-il venu combler cette lacune? nous ne le croyons pas, mais nous sommes certains qu'il a fait avancer la question, et c'est à considérer.

Le vers de Skaspeare :

To vouch this, is mot proof,

sert de devise à l'auteur; il ne le perd pas de vue dans tout le courant de son travail, et c'est toujours la preuve en main qu'il étaye ses démonstrations et qu'il arrive à pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Les cellules de la colonne grise antérieure envoient leurs prolongements nerveux, dans le plus grand nombre des cas, aux racines antérieures.

2° A la formation de la commissure antérieure concourent des fibres nerveuses qui proviennent : *a*, des différents points de la colonne grise antérieure; *b*, des différents points de la colonne grise postérieure.

3° Les cellules du noyau de Stilling ou colonne de Clarke sont munis d'un prolongement nerveux qui va d'abord du côté interne puis revient au côté externe et finit par constituer un faisceau, qui se rend au cordon latéral.

4° Au cordon latéral se rendent les fibres qui proviennent : *a*, des différents points de la colonne grise antérieure, *b*, des différents points de la colonne grise postérieure.

5° Les cellules de la colonne grise postérieure sont munies d'un prolongement nerveux qui se porte dans diverses directions : *a*, dans la commissure antérieure; *b*, directement en avant aux racines antérieures; *c*, dans le cordon latéral; *d*, dans le cordon postérieur; *e*, dans la colonne grise postérieure opposée, en passant au travers la ligne médiane, derrière le canal central.

6° On trouve fréquemmant dans la moelle spinale des cellules adjacentes qui envoient leurs prolongements nerveux dans une direction opposée. Cela prouve qu'elles servent d'intermédiaires au changement de direction des fibres qui y arrivent.

Quelques lithographies parfaitement exécutées permettent au lecteur de suivre avec facilité les explications du texte.

Dr G. MILLOT-CARPENTIER

Association française pour l'avancement des sciences

XIe Session. — Congrès de La Rochelle.

La Rochelle, 31 août 1882.

J'ai déjà dit, je crois, que le Congrès de La Rochelle avait offert cette particularité qu'on y avait beaucoup travaillé. La section des sciences médicales s'est certainement distinguée par le grand nombre des membres qui ont assisté jusqu'à la fin à ses séances. Les premiers arrivés sont peut-être partis les premiers, mais d'autres sont venus, de sorte que le nombre des membres présents a toujours été assez grand pour remplir la salle. Pour terminer les ordres du jour, on a été obligé de faire chaque jour deux séances, une le matin et une le soir, de deux heures environ chacune.

La séance de mercredi matin fut ouverte par M. Musgrave-Clay au nom de MM. Hénocque et Éloy sur les fonctions du nerf phrénique et les contractions du diaphragme. Ces auteurs ont fait à ce sujet des expériences sur les animaux. Après avoir arraché les racines du nerf phrénique, ils ont observé comme résultats immédiats : des contractions vives des muscles inspirateurs pendant quelques instants, la cessation des contractions diaphragmatiques du côté opéré, puis des mouvements respiratoires faibles de la paroi thoracique du même côté, dû à l'action des muscles intercostaux inférieurs et des muscles élévateurs accessoires. La régénération nerveuse a été observée dans quelques cas au bout de deux ou plusieurs semaines ; la respiration du côté opéré a repris son rhythme, mais avec un peu de faiblesse, comparativement au côté sain; dans quelques cas on a constaté des troubles de la phonation ou des troubles trophiques.

On sait combien les documents archéologiques relatifs à la prothèse chirurgicale sont rares. M. Emile Rivière nous en a présenté un très curieux spécimen. Sur un fragment de poterie samienne rouge, trouvé il y a quelques années dans les fouilles de la rue Gay-Lussac, on voit en relief des figures dont l'une d'elles représente un chasseur portant une jambe droite artificielle, sorte de pilon renflé à son extrémité supérieure sur laquelle repose le genou, cylindrique dans sa partie moyenne et bifurqué à son extrémité inférieure.

M. Nicaise lut ensuite deux curieuses observations de tumeur de l'ombilic. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme morte de cancer utérin, et présentant depuis longtemps une hernie épiploïque ombilicale irréductible. A l'autopsie, on fut tout étonné de trouver la portion herniée devenue cancéreuse, tandis que le reste de l'épiploon était absolument sain. C'est là un fait intéressant de *locus minoris resistentiæ*. Le cancer s'est localisé sur un point dont la structure anatomique était modifiée par la compression continue exercée sur elle. Dans le second cas, on eut affaire à une tumeur papillaire, épithéliale, qui paraissait superficielle; mais lorsqu'on voulut l'enlever, il fallut porter la dissection jusqu'au péritoine, et réséquer même tout l'anneau ombilical. La réunion fut faite à l'aide de sutures profondes comprenant le péritoine, l'aponévrose et la peau; avant de serrer les fils, M. Nicaise fit adhérer l'épiploon à la paroi postérieure de la plaie, puis il appliqua la méthode antiseptique. Il obtint ainsi une cicatrice linéaire et très solide.

L'étude expérimentale des insuffisances tricuspidiennes a été ensuite l'objet d'une brillante leçon de M. François-Franck, qui s'est attaché à démontrer l'influence des obstacles apportés à la circulation sur la dilatation du cœur droit et l'insuffisance valvulaire qui en résulte. M. Franck a démontré, en outre, que les modifications fonctionnelles observées dans un grand nombre de cas cliniques pouvaient être reproduites par l'expérimentation. L'asystolie peut même survenir lorsqu'on produit d'emblée l'insuffisance tricuspidienne pure chez les animaux, comme il l'a déterminée à l'aide de valvulotomes spéciaux. Il se produit alors divers phénomènes morbides du côté des veines du cœur et de la respiration.

M. Azam, qui chaque année communique au monde médical l'état actuel d'une malade qui présente le phénomène de la double conscience, nous a fait part des progrès que la maladie a faits chez Félida X... Cette femme, actuellement âgée de 39 ans, malade depuis vingt-trois ans, présente comme toujours deux conditions mentales, que M. Azam désigne sous les noms de première et de seconde, l'une étant l'état normal et l'autre l'état anormal; dans l'un des

deux états, elle ne se souvient plus de ce qu'elle a fait dans l'autre. Primitivement l'état de condition seconde était exceptionnel, rare; aujourd'hui il dure de vingt à vingt-cinq jours par mois; autrefois la malade était très gaie en condition seconde; aujourd'hui elle y est très triste.

M. le docteur Th. David, ancien chef de clinique de M. Magitot, a observé dans l'ataxie locomotrice des altérations dentaires qu'il croit analogues à celles des poils et des ongles déjà décrits dans la même maladie. Dans le cas de M. David, ces altérations consistaient en une mortification rapide de la paroi antérieure de la couronne de presque toutes les dents; la substance altérée avait pris la consistance du bois tendre et une coloration rougeâtre ; l'émail existait avec son poli, mais sans sa dureté. Sous ces parties la pulpe avait produit une nouvelle couche de dentine secondaire, la cavité bulbaire était comblée dans la plupart des dents antérieures, et partant, le bulbe atrophié. Ce fait et les considérations qui en découlent tendent à attribuer une fois de plus à la pulpe dentaire la signification d'organe sensoriel; ils établissent, en outre, un rapprochement pathologique entre des organes déjà unis par une commune origine épithéliale.

M. Clon Stephanos a fait sur la mortalité en Grèce,par saisons, des recherches dont il nous a communiqué les résultats statistiques, résultats qui concordent encore avec les observations d'Hippocrate relatives au même sujet.

M. Dagrève présente des réflexions sur quelques moyens usuels de prophylaxie. Ces moyens sont appliqués au sujet qui peut devenir un foyer d'infection, et au local qu'il occupe. Ils consistent dans des soins de propreté en ce qui touche le local, et dans la destruction immédiate par une solution de potasse ou de sulfate de fer, des matières qui peuvent communiquer la maladie, telles que les crachats des phthisiques, les matières fécales des typhiques et des cholériques, les croûtes des varioleux. L'orateur croit par ces moyens avoir arrêté le développement d'une épidémie de choléra et de deux épidémies de variole.

M. Prunières rapporte un fait d'empalement accidentel, et présente des photographies des diverses circonstances de l'évènement. Un jeune homme tombe d'une voiture sur une pièce d'environ 1 mètre de long et de 4 centimètres de diamètre, et qui traversa le corps de part en part, de la région lombaire à l'ombilic, sans léser l'intestin. Le blessé perdit connaissance. Il n'y eut aucun trouble du côté de l'abdomen et la guérison se fit sans encombre.

M. Prunières présente aussi plusieurs os humains percés de flèches et provenant des Troglodytes, ayant par conséquent plus de dix mille ans d'existence. Il nous fait voir un os iliaque dans lequel une flèche en silex se trouve pour ainsi dire incrustée; la flèche avait percé l'os, et la plaie osseuse, en se cicatrisant, l'avait emprisonnée. Il fait passer sous nos yeux diverses vertèbres contenant aussi une flèche en silex; un astragale traversé par une flèche à moitié brisée, sans doute, par des tentatives d'extraction. M. Prunières, répondant à une demande de M. Verneuil, dit avoir rencontré quelques os rachitiques, mais qu'ils sont extrêmement rares. M. E. Rivière a constaté chez le premier homme de Menton l'existence d'une fracture consolidée des deux os de l'avant-bras.

La séance et la partie sérieuse de nos travaux s'est terminée par une communication importante de M. Potain sur les affections cardiaques en rapport avec des névralgies du membre supérieur gauche. On sait que l'irritation des voies digestives peut produire par action réflexe une dilatation du cœur droit; il en serait de même pour le ventricule gauche, par suite de névralgies périphériques, comme le démontrent les cas suivants :

1°. Un soldat est blessé au bras gauche, sa blessure nécessite l'amputation; la cicatrisation du moignon cause des tiraillements des nerfs, et le jeune homme, longtemps après la guérison de l'amputation, est pris de suffocations, de palpitations, avec hypertrophie du cœur. Ces espèces de lésions sont presque toujours suivies d'hypochondrie.

Deuxième cas. — Un autre jeune homme avait eu l'avant-bras écrasé; il en était résulté une fracture comminutive, avec des plaies qui produisirent des cicatrices douloureuses. Après une grande fatigue, il éprouva des battements de cœur, de l'oppression, à tel point qu'il fallut, comme dans le premier cas, renoncer aux exercices violents, à un service actif. Il avait tous les signes de l'hypertrophie simple du cœur et était aussi devenu hypochondriaque.

Troisième cas. — Un soldat avait eu l'aisselle gauche traversée par une balle. Il se fit une rétraction cicatricielle qui abolit l'extension du bras et nécessita des mouvements forcés qui provoquèrent de vives douleurs. Depuis, le malade ressentit des palpitations, de l'oppression, et quelque temps après M. Potain constata une hypertrophie considérable du cœur.

Voilà donc trois cas où les malades, qui n'avaient rien au cœur avant la lésion brachiale douloureuse, ont présenté des palpitations et de l'hypertrophie du cœur gauche. Ici la digitale était indiquée. Ces faits différents de ceux dans lesquels l'hypertrophie, siégeant au cœur droit, est causée par l'irritation des voies digestives. Dans ces cas il ne faut pas de digitale, mais avoir recours à un traitement approprié à l'état du tube digestif.

M. Verneuil a observé un cas analogue. Un malade amputé du bras gauche, présenta dans la suite de violentes douleurs parce que les bouts des nerfs du plexus brachial, collés autour de l'os, sous la cicatrice, étaient comprimés entre les deux. Le malade fut pris de troubles cardiaques et d'hypochondrie. La résection des névrômes du bras fut suivie de la cessation des douleurs et des troubles cardiaques. M. Verneuil s'est demandé à ce propos si le plexus brachial gauche n'aurait pas dans tous les cas une action particulière sur le cœur, et par conséquent, si dans certaines indications dérivatives sur cet organe, il ne vaudrait pas mieux agir sur le bras gauche que partout ailleurs.

M. Duplouy a observé aussi un cas du même genre, dans lequel on eut recours également à l'extirpation des névrômes avec succès. M. Ollier a vu un fait assez semblable dans lequel les douleurs, ayant pour siège la jambe, nécessitèrent la résection du nerf saphène interne; ce fait semblerait devoir étendre au membre inférieur les rapports dont a parlé M. Potain. Celui-ci fait remarquer que les observations recueillies jusqu'ici paraissent démontrer que l'influence des névralgies du côté gauche sur le cœur est considérable; mais il ne faudrait cependant pas trop s'étonner si l'on voyait des lésions périphériques nerveuses, siégeant à droite, donner lieu cependant à des phénomènes analogues.

M. Leudet a vu une femme âgée, qui souffrait de douleurs périphériques au bras droit, et qui, de temps à autre, en même temps que les symptômes douloureux, présentait des signes très nets de pâleur et de suffocation avec palpitation. Ceci tendrait à prouver que les névralgies traumatiques ne sont pas seules à jouer un rôle dans l'étiologie de ces affections cardiaques secondaires, et que des névralgies spontanées sont capables d'agir de la même manière.

L.-H. Petit.

P. S. — M. le professeur Parrot a été nommé président de la section pour le prochain Congrès, qui aura lieu à Rouen en 1883. Celui de 1884 aura lieu à Blois.

HYGIENE

LES SANATORIA MARITIMES.

Dans sa séance du samedi 9 septembre 1882, la deuxième section du Congrès d'hygiène de Genève a clôturé ses travaux par une discussion sur la question des sanatoria maritimes à l'usage des scrofuleux.

Après l'exposé de la question, M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) fait ressortir les avantages que lui paraissent offrir pour la création d'un sanatorium les plages d'Arcachon et il termine en annonçant que l'Administration de l'Assistance publique de Paris va probablement élever un établissement de ce genre dans une magnifique propriété de 75 hectares qu'elle vient d'acquérir à cet effet.

Sur sa proposition et sur celle de M. le docteur E. Vidal (d'Hyères), la section émet le vœu que des sanatoria maritimes aussi nombreux que possible soient mis à la disposition des scrofuleux.

M. le docteur Da Pini (de Milan) rend compte de ce qu'a fait l'Italie pour ses enfants pauvres scrofuleux et rachitiques. Des hôpitaux, au nombre de 16, ont été créés et fonctionnent au moyen de souscriptions charitables faites chez les particuliers; tout a été fondé en Italie par l'initiative privée et on a ouvert, en outre, des écoles maritimes pour ces malades spéciaux; mais il faut remarquer qu'on n'attend pas que les enfants soient gravement atteints pour les diriger sur les établissements maritimes, il vaut mieux prévenir que d'avoir à guérir, c'est ce qui explique le court séjour relatif des enfants dans les sanatoria italiens.

Dans le cours d'une éloquente allocution, M. le professeur d'Espine, de Genève, expose que dans ce canton des souscriptions privées ont permis, depuis deux ans, d'envoyer un certain nombre d'enfants à Cette pendant l'été et quelques-uns à Cannes pendant l'hiver dernier : les résultats obtenus ont été tellement satisfaisants qu'il espère que la charité de ses concitoyens permettra de procurer à l'avenir les bienfaits d'un séjour hivernal sur les plages méditerranéennes à un plus grand nombre de malades.

M. le docteur E. Vidal (d'Hyères) fait remarquer que le climat maritime suffisant pour combattre les premières manifestations du lymphatisme ne peut guérir seul les accidents confirmés de la scrofule; il faut alors, en plus, de la chaleur, de la lumière à profusion et des eaux mères. Or, pendant l'hiver, les stations actuelles à eaux mères ne peuvent fonctionner; il y aurait donc lieu de favoriser la création de sanatoria hivernaux pouvant réunir ces conditions, et, dans cet ordre d'idée la station d'Hyères, abondamment pourvue d'eaux mères, lui

paraît devoir être signalée à l'attention du Congrès. Après avoir énuméré tous les renseignements statistiques et officiels sur la climatologie de sa station, M. Vidal proteste contre l'opinion heureusement de moins en moins répandue qui met en doute la bonne situation hygiénique de son pays. Sur sa proposition, la deuxième section, reconnaissant qu'il existe une lacune dans les moyens de guérir les accidents confirmés de la scrofule, émet le vœu qu'on favorise par tous les moyens possibles, sur les plages méridionales, la création de sanatoria hivernaux disposant d'une suffisante quantité d'eaux mères.

JOURNAL DES JOURNAUX

Glossite idiopathique, par le docteur WASSE. — Dans cet communication, l'auteur rapporte qu'il a été appelé le 27 juin 1881 auprès d'une malade âgée de 45 ans, qui, à la suite de grandes fatigues, s'étant couchée depuis six heures, fut réveillée par des nausées et de vives douleurs dans la pointe de la langue. Un moment auparavant, après des efforts de vomissement, en constatant que sa langue enflait, elle avait fait appeler le docteur Wasse. L'extension de l'inflammation fut rapide, de sorte que déjà la déglutition et l'articulation des sons étaien difficiles, trois heures seulement après le début; de plus, il existait de l'épigastralgie et le pouls était à 60.

Le lendemain, l'inflammation avait envahi la partie postérieure de la langue, surtout de chaque côté; de sorte qu'il existait un sillon médian sur lequel l'inflammation faisait défaut. Les glandes submaxillaires et sublinguales étaient également enflammées; la température s'élevait à 98,8 (Farenheit) et le pouls à 74. Le surlendemain, les accidents étaient en voie de résolution. Le traitement avait consisté dans l'emploi du sulfate de quinine, du chlorate de potasse et d'une solution faible d'acide phénique.

Les cas de glossite sont rares; leur début et leur marche rapide nécessitent cependant un prompt diagnostic et uue intervention immédiate. — (*Saint-Louis Courier of medecine*, novembre 1881.)

Le docteur Bertholle en a signalé un cas analogue, par son début, à celui dont le docteur Wasse publie l'observation. Le mémoire du docteur Bertholle a été publié dans l'UNION MÉDICALE (13e série, 1870) et a donné lieu à une intéressante discussion devant la Société médico-chirurgicale de Paris. — Ch. E.

Note sur un cas de vaccine généralisée, par M. le docteur RICHARD, médecin-major de 1re classe. — Dans le cours de vaccinations pratiquées à Besançon, le docteur Richard a observé une évolution insolite de l'éruption vaccinale. L'enfant, âgée de 16 mois, est atteinte quatre jours après l'inoculation, d'une éruption boutonneuse, sur le tronc et la face. Cette éruption a le caractère typique de la varicelle et est constituée par de petites vésicules reposant sur une base rouge. Quelques-unes des vésicules se transformèrent en pustules, parmi lesquelles deux ou trois furent ombiliquées. Enfin, l'éruption laissa après elle quelques petites taches rouges sans dépression, qui disparurent après quelques jours.

Les boutons de vaccine eurent une évolution normale, et l'enfant servit de vaccinifère pour 68 hommes. Un eczéma impétigineux succéda à cette éruption.

A cette époque, il n'existait aucun cas de variole, ni de varicelle dans la ville de Besançon. Le vaccin n'était pas d'origine animale, contrairement à l'opinion de M. Depaul (*Bul. Acad. de méd.*, 18 mai 1880). De plus son évolution fut normale et l'eczéma impétigineux se montra seulement après l'éruption vaccinale, et non simultanément, comme dans les cas de MM. Lereboullet, Besnier et Padieu (voir : Rapport de M. Hervieux, 1878). Cette observation est donc remarquable par ces particularités. (*Recueil de Mém. de méd. et de chir. militaires*, décembre 1881.) — Ch. E.

Quelques notes sur une épidémie de variole survenue en janvier 1881, *dans la commune mixte de Zemmorah* (département d'Oran), par le docteur PETIT, médecin aide-major de 1re classe. — Sur la population de 35,000 indigènes que comprend cette commune, le docteur Petit a pu pratiquer en un mois et demi 5,844 vaccinations ou revaccinations, obtenir sur ce nombre 85 p. 100 de succès et enrayer une épidémie de variole commençante. Dans les 4,284 vaccinations, le nombre des succès fut de 3,917, soit 91,44 pour 100; et dans les 1,560 revaccinations, de 1,090, c'est-à-dire de 69,88 pour 100. Ces résultats étaient constatés des sixième au huitième jours après les inoculations.

Dans les vaccinations à six piqûres, le nombre des succès a été supérieur de 8,45 pour 100 à la moyenne des vaccinations et revaccinations, tandis que les inoculations à trois piqûres étaient de 3,87 pour cent inférieures à la moyenne. Chez les garçons les succès ont été supé-

rieurs de 2,67 pour 100 à ceux obtenus chez les filles, qui ont une répugnance plus grande pour la vaccination, sans doute, comme le fait observer le docteur Petit, par esprit de coquetterie. On peut conclure que le nombre des piqûres pratiquées influe considérablement sur le succès des vaccinations, car les inoculations à six piqûres ont été de 11,32 pour 100 plus heureuses que celles à trois piqûres. Enfin, les revaccinations sur des enfants de 8 à 16 ans ont presque toutes été suivies de résultats heureux et de belles pustules vaccinales, de sorte qu'à partir de la neuvième année, les revaccinations deviennent utiles. (*Recueil de mémoires de méd. et de chir. militaires*, décembre 1881, p. 682.) — Ch. E.

Un cas de phthisie granuleuse pleurale, M. le docteur Lannois. — Entré à l'hôpital militaire de Lyon, le malads, jeune soldat de 23 ans, présentait, à son arrivée, tous les symptômes d'un épanchement pleurétique à droite. Au moyen de vésicatoires et d'injections sous-cutanées de pilocarpine, on obtient une diminution de l'épanchement; néanmoins la température reste élevée et oscille entre 39,3 et 39,7; le malade a un aspect typhoïde, mais, en l'absence de gargouillement dans la fosse iliaque droite, de taches rosées et d'hypertrophie de la rate, on porte le diagnostic de tuberculose généralisée. Quelques jours après, le malade succombe au milieu de phénomènes asphyxiques. A l'autopsie, on constate un épanchement pleural double et une éruption abondante de granulations grises sur les plèvres diaphragmatiques, costales et médiastines dans les points qui sont en contact avec l'épanchement. Dans les poumons, il n'existait aucune lésion tuberculeuse.

Le péritoine était le siège d'une abondante éruption de même nature sur ses feuillets et sur l'épiploon. D'autres granulations plus volumineuses se trouvaient sur les capsules du foie et de la rate. Enfin les ganglions bronchiques contenaient des granulations jaunes. Les autres organes étaient sains.

L'épanchement pleural double, la tuberculisation du péritoine et les symptômes typhoïdes sont des caractères assignés par MM. Hérard et Cornil à la tuberculose aiguë. L'absence de noyau caséeux dans les poumons, est un argument contre une auto-infection par résorption d'un foyer caséeux. Il faudrait donc, avec M. Lannois, admettre que dans les casernes, milieux toujours contaminés, les poussières tuberculeuses peuvent être inhalées en abondance et déterminer l'infection. Une autre particularité remarquable était l'intégrité du parenchyme pulmonaire. MM. Hérard et Cornil (*De la phthisie pulmonaire*, Paris, 1867) et M. de Valicourt (*Recueil de mém. de méd. milit.*, 1880, p. 580) ont donné des exemples semblables de tuberculose pleurale; l'observation actuelle est donc classique au point de vue des symptômes sinon au point de vue des lésions anatomiques (*Lyon médical*, p. 540, 18 décembre 1881). — Ch. E.

FORMULAIRE

Injection contre le coryza. — A. Duchek.

Iode métallique	0 gr 15 centigr.
Iodure de potassium.	0 gr 30 à 0 gr 60 centigr.
Eau distillée.	200 grammes.

F. s. a. une solution, qu'on injecte dans les narines, dans le cas de coryza accompagné de sécrétions fétides. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine. — M. le docteur L.-G. Richelot, agrégé suppléant M. le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, reprendra ses leçons cliniques, momentanément interrompues, le vendredi 22 septembre 1882.

Hôpital civil de Mustapha. — Un concours pour l'emploi de pharmacien en chef s'ouvrira le vendredi 10 novembre 1882 à Alger. Les candidats qui désireront prendre part à ce concours pourront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative de l'hôpital civil de Mustapha jusqu'au 9 novembre 1882.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les morts vont vite à l'Académie de médecine! Après Pidoux, Woillez; après Woillez, Hillairet; trois membres enlevés en moins d'un mois! Hillairet a été frappé d'un coup soudain, imprévu, alors qu'il avait encore toutes les apparences de la santé, de la vigueur physique et de la force intellectuelle.

M. le président Bouley, en annonçant officiellement à l'Académie la nouvelle et si regrettable perte qu'elle vient de subir, s'est fait l'interprète des sentiments de la savante Compagnie, en payant un tribut d'hommages et de regrets à la mémoire du défunt.

M. Lagneau a donné ensuite, selon l'usage, lecture de la courte allocution funèbre qu'il a prononcée, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Hillairet, et dans laquelle il a retracé avec un laconisme de bon goût la vie et les travaux scientifiques de son collègue de la section d'hygiène et de médecine légale.

S'il est vrai de dire que les morts vont vite à l'Académie, il ne l'est pas moins de reconnaître que les vivants y viennent bien lentement reprendre leurs places restées vides, pendant ce temps de villégiature qui va bientôt finir. Le quart à peine des membres assistaient à la séance d'aujourd'hui.

Nous devons signaler cependant, comme signe de bon augure, quelques rentrées parmi lesquelles celle de M. Jules Béclard, qui est venu reprendre ses fonctions de secrétaire perpétuel, précédé de huit jours par M. Bergeron, secrétaire annuel, et précédant sans doute de peu M. le président Gavarret et M. le vice-président Hardy, restés les derniers, comme il convient à leur rang plus élevé dans la hiérarchie des dignitaires de l'Académie.

L'absence de la plupart des académiciens n'a pas empêché la séance de présenter un réel intérêt, grâce à une communication de M. Jules Guérin sur ou plutôt contre le traitement du pied bot par l'ostéotomie et la tarsotomie; grâce encore à une communication faite par M. Henri Bouley, au nom de M. Peuch, professeur à l'École de médecine vétérinaire de Toulouse, sur un nouveau procédé d'inoculation de la clavelée.

On trouvera au compte rendu le résumé de ces communications, ainsi que des courtes discussions auxquelles elles ont donné lieu. — A. T.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COAGULATION DU SANG.

PREMIÈRE PARTIE :

Du rôle des éléments figurés dans la coagulation;

Par Georges HAYEM.

Suite. — (Voir les numéros des 24, 31 août, 5 et 14 septembre.)

5° *Il existe des différences importantes entre la fibrine du plasma non filtré et la fibrine du plasma filtré.* Les manipulations auxquelles se prête le sang du cheval permettent d'obtenir, on vient de le voir, deux variétés de fibrine. L'une d'elles,

la fibrine pure, celle que donne le plasma filtré, est formée uniquement par un réseau de filaments fibrillaires. La seconde variété renferme les parties insolubles des hématoblastes qui deviennent parties intégrantes du réseau et en forment les principaux carrefours (1). Ces deux variétés de fibrine, anatomiquement distinctes, le sont-elles également en ce qui concerne leurs propriétés physico-chimiques ?

Au point de vue chimique nous n'aborderons que la question suivante : le plasma filtré fournit-il beaucoup moins de fibrine que le plasma non filtré ?

A. Schmidt a trouvé dans le premier 0,35 à 0,45 0/0 de fibrine et dans le second 0,5 à 0,7.

La différence que nous avons trouvée est beaucoup moins considérable. La filtration ayant été faite à 0°, le plasma non filtré a donné un poids de fibrine pour 100 de 0,442 ; le plasma filtré, un poids de 0,44.

Mais j'ai eu soin de ne recueillir le plasma de la veine qu'après avoir placé une ligature au-dessus de la couche blanche surmontant les globules rouges. Le plasma filtré paraît donc contenir autant de fibrine que le plasma non filtré, car la petite différence entre les deux chiffres trouvés s'explique facilement par la présence dans la fibrine du dernier des débris non solubles d'hématoblastes. On sait d'ailleurs que quelques globules blancs restent également adhérents au réticulum fibrineux.

Pour compléter la donnée ainsi acquise, j'ai fait doser la fibrine dans les diverses couches obtenues par précipitation dans le sang maintenu à 0°. Nous savons déjà que, lorsque la précipitation a lieu dans l'intérieur de la veine, la couche rouge est surmontée d'un petit disque blanc. Ce petit disque est constitué par une quantité considérable d'hématoblastes et de globules blancs, mais surtout d'hématoblastes, et il était intéressant d'examiner ce que cette portion du sang (portion intermédiaire) donnerait de fibrine. Malheureusement nous n'avons pas pu l'obtenir pure de tout mélange. En la comprenant entre deux ligatures avant de ponctionner le vaisseau, elle s'est trouvée mélangée, à peu près à parties égales, de chacune des couches voisines (plasma et globules rouges).

Deux expériences de ce genre ont donné les résultats suivants :

		Fibrine pour 100cc.
I.	Couche supérieure filtrée.............	0,4400
	Couche supérieure non filtrée.........	0,4416
	Couche intermédiaire................	0,3613
	Couche inférieure...................	0,0525
II.	Couche supérieure	0,642
	Couche intermédiaire................	0,464
	Couche inférieure...................	0,093

On voit que la fibrine la moins pure, celle de la couche intermédiaire, est moins abondante que celle de la couche plasmatique. Cela tient, je crois, au mélange qu'il m'a été impossible d'éviter avec la couche des globules rouges si remarquablement pauvre en fibrine.

Nous allons voir, en effet, que les dosages, effectués à l'aide de sang maintenu dans une éprouvette, conduisent à des résultats opposés. Dans ce dernier cas, on peut opérer sur une plus grande quantité de sang, et comme la précipitation des hématoblastes et des globules blancs donne lieu à la formation d'une couche trouble intermédiaire relativement élevée, on peut obtenir facilement cette couche sans entraîner la moindre portion de la couche inférieure rouge.

(1) Le coagulum qui se forme spontanément dans les liquides pathologiques est également constitué par de la fibrine pure, ne retenant aucun débris d'éléments. En faisant coaguler le liquide d'une pleurésie aiguë entre deux lames de verre, j'ai pu étudier au microscope le réticulum fibrineux qui se produit en pareil cas, et constater qu'il est composé de filaments allongés, épais au centre, terminés en pointes effilées, s'entre-croisant en tous sens et rarement anastomosés entre eux.

On a obtenu ainsi les chiffres suivants :

		Fibrine pour 100cc.
I.	Couche supérieure	0,458
	Couche moyenne	0,771
	Couche inférieure	0,045
II.	Couche supérieure	0,318
	Couche moyenne	0,65
	Couche inférieure	0,044

Ces dosages montrent que les hématoblastes et les globules blancs augmentent très sensiblement le poids de la fibrine, bien que ces éléments occupent dans le liquide qui les tient en suspension un volume qui diminue d'autant celui du plasma pur. Ce résultat doit être attribué surtout aux hématoblastes dont les débris font tous corps avec la fibrine. Les globules blancs, en effet, restent pour la plupart dans le plasma au moment du battage et ceux qui sont entraînés avec la fibrine se désagrègent plus tard lorsque celle-ci est soumise à des lavages successifs.

A. Schmidt a observé que la quantité de fibrine extraite du plasma filtré varie suivant la température à laquelle s'opère la coagulation spontanée. Dans les expériences précédentes, la fibrine a toujours été obtenue dans des conditions identiques par la défibrination en vase clos. Je ne voulais pas d'ailleurs aborder la question complexe des phénomènes chimiques de la coagulation et des conditions multiples qui peuvent les influencer.

Aussi me bornerai-je à conclure des résultats qui viennent d'être exposés que les débris globulaires, et particulièrement ceux des hématoblastes, entrent pour une part importante dans la constitution de la fibrine fournie par le sang complet.

Il me reste encore à signaler des différences physiques, très appréciables, entre la fibrine complète ou plutôt impure et la fibrine réduite à la matière filamenteuse.

En recueillant séparément les trois couches qui se précipitent dans un segment veineux, et en observant comparativement la marche de la coagulation dans chacune d'elles, les conditions extérieures restant les mêmes, on observe deux faits importants, l'un relatif à la coagulabilité différente de ces trois liquides, le second à la rétractilité variable du caillot.

La portion la plus coagulable est celle qui contient le plus d'hématoblastes et que je désigne sous le nom de couche intermédiaire. Vient ensuite la couche supérieure ou plasmatique, et enfin la couche inférieure ou des globules rouges.

Dans une expériense faite à la température extérieure de 15° C., après maintien de la veine pendant plusieurs heures à 0°, la couche intermédiaire s'est prise complètement en gelée au bout d'une demi-heure; la couche plasmatique ne s'est solidifiée qu'au bout de deux heures; enfin la couche des globules rouges s'est coagulée lentement et très imparfaitement, en acquérant au bout de trois heures la consistance d'une gelée de groseilles à demi prise. Dès que les deux premiers liquides ont été coagulés, on a pu retourner les verres sans qu'il s'écoulât de sérosité ; on n'aurait pas pu obtenir le même résultat avec le troisième.

A peine la coagulation du liquide de la couche intermédiaire a-t-elle été achevée, que le caillot a commencé à se rétracter; sa surface est restée latéralement adhérente au verre et il a pris une forme de cône à sommet inférieur, dans lequel se trouvaient les globules rouges. On aurait dit, au bout de quelques heures, un champignon à tige rouge, placé à la surface d'un bain de sérum, relativement très abondant. Puis la rétraction s'est poursuivie lentement sans faire de progrès très notables; cependant elle a semblé atteindre son maximum dans les vingt-quatre premières heures.

La rétraction de la couche plasmatique a commencé environ 4 heures après la coagulation; elle a augmenté lentement et atteint son maximum au bout de quarante-huit heures. Pendant ce temps le caillot a conservé la forme du vase en s'écartant seulement de sa paroi, et il est resté adhérent par son fond; la quantité

de sérum qui en est sortie, à été relativement beaucoup moins considérable que celle qui a été fournie par le caillot de la couche intermédiaire.

Quant au caillot cruorique, sa rétraction n'a commencé qu'au bout de vingt-quatre heures environ; elle n'est devenue sensible que par l'apparition d'une petite quantité de sérum à la surface du caillot. Celui-ci n'a quitté plus tard sur aucun point la surface du vase, et la couche de sérosité, après avoir atteint environ en quarante-huit heures son maximum, est restée excessivement faible.

La coagulabilité et la rétractilité des caillots dépendent donc de leur richesse relative en hématoblastes. Nous ne disons pas en fibrine, puisque les analyses de la fibrine dans la couche intermédiaire, telle qu'on peut la recueillir dans la veine, indiquent moins de fibrine que dans la couche plasmatique. La comparaison entre le caillot du plasma filtré et celui du plasma non filtré lève d'ailleurs tous les doutes qu'on pourrait conserver à cet égard.

On recueille dans un verre à expériences une certaine quantité de plasma filtré à 0° et dans un autre une portion du même plasma non filtré, et on suit la marche des phénomènes qui se produisent dans un milieu dont la température est de 17° C. Nous savons déjà que dans ces conditions le plasma non filtré se coagule avant l'autre. Dans ce cas, le premier s'est coagulé complètement au bout d'environ deux heures, le second au bout de trois heures. A ce moment, les deux caillots ressemblent à une masse de gélatine; puis, tandis que le caillot du plasma complet se rétracte assez rapidement en prenant la forme conique que nous connaissons, et en abandonnant une quantité relativement considérable de sérum, le caillot du liquide filtré ne subit aucune modification sensible. La rétraction du caillot plasmatique a été ici plus considérable que dans l'autre expérience parce que le plasma contenait en suspension un plus grand nombre d'hématoblastes. M. Barrier a suivi, pendant plus d'une semaine, ces deux caillots sans voir sourdre de celui qui provenait du plasma filtré une quantité sensible de sérum. Dans d'autres expériences analogues, les résultats ont toujours été les mêmes; une fois seulement le caillot du sérum filtré a laissé sourdre une quantité appréciable, mais très minime de sérum qui a fourni une mince couche à sa surface.

Pour compléter ces renseignements, j'ajouterai que la fibrine obtenue par défibrination de la couche intermédiaire a paru à mon préparateur, M. Féry, plus onctueuse au toucher que celle des deux autres couches.

En résumé donc, les deux fibrines que nous venons d'étudier ont des qualités physiques différentes, la première ou pure, ne retenant pas d'hématoblastes, est d'une rétractilité nulle ou à peine sensible; la seconde est rétractile à un haut degré et en proportion des hématoblastes qu'elle renferme.

La rétractilité appartient donc, non aux filaments fibrineux, mais aux hématoblastes, et c'est là encore un fait qui découle naturellement des modifications subies par ces éléments hors de l'organisme. Il faut se rappeler, en effet, que les altérations des hématoblastes, malgré la soudaineté de leur début n'atteignent pas d'emblée leur plus haut degré; elles se poursuivent pendant un temps variable dépassant habituellement 24 heures et s'accompagnent d'une diminution très notable du volume des amas hématoblastiques (1). J'ajouterai que dans les cas pathologiques, dans les phlegmasies par exemple, où l'on a signalé depuis longtemps une couenne remarquablement rétractile, la proportion des hématoblastes est augmentée et qu'en même temps il existe une altération qualitative de ces petis corpuscules qui forment des amas dont le volume se réduit dans une proportion considérable après la coagulation (2).

(La fin à un prochain numéro.)

(1) Voir pour la description de ces modifications nos différents mémoires sur les hématoblastes et particulièrement celui qui a paru dans les *Archives de physiol. normale et pathol.*, en 1878-79.

(2) Du processus de coagulation et de ses modifications dans les maladies. (*Union médicale*, 1881.)

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE ACTUELLE ET LE SERVICE SANITAIRE D'ORIENT.

Malgré la guerre anglo-égyptienne, le Conseil sanitaire d'Alexandrie n'en a pas moins continué son œuvre. Les fonctions du personnel ne furent suspendues que durant les trois jours du bombardement d'Alexandrie. Il en a été de même des autres services sanitaires égyptiens, à l'exception de ceux de Damiette et de Rosette.

Vers le 30 août, le Conseil sanitaire d'Alexandrie fut averti par l'ambassadeur britannique à Constantinople, d'un décès cholérique survenu à Aden, et de deux autres cas à Comoran, parmi les pèlerins du navire anglais *Hesperoi*, récemment parti de Bombay.

Il prescrivit alors l'application immédiate des mesures quarantainaires habituelles, à l'égard des provenances d'Aden et de Bombay. Les transports militaires anglais ne furent soumis, par exception, qu'à une courte observation de vingt-quatre heures.

Les navires marchands, non contaminés, avant leur admission à la libre pratique, devaient demeurer en observation aux sources de Moïse; mais cette prescription était atténuée en faveur des vaisseaux qui comptaient plus de huit jours de navigation. Mais les navires suspects devaient rester huit jours pleins à Djebel-For.

Ces sages dispositions provoquèrent des protestations de la part des Anglais. Elles étaient d'autant moins légitimes que le navire suspect était l'*Hesperoi*, vaisseau de la marine britannique. Ce navire avait quitté Bombay avec patente nette, bien qu'il y eut des cas de choléra dans la ville. Dirigé sur Comoran, malgré les récriminations du capitaine, il eut encore deux passagers enlevés par le choléra.

C'est alors que le docteur Donka qui, avec six médecins auxiliaires, dirige la quarantaine do l'île de Comoran, en référa au Conseil sanitaire de Constantinople. Celui-ci donna toute approbation aux mesures prises à l'île de Comoran et la quarantaine fut prolongée. Les autorités sanitaires seront donc à l'abri de tout reproche, quoi qu'il puisse advenir pour l'avenir. Le Conseil sanitaire de Constantinople n'a même pas pu obtenir des Anglais l'assurance de l'absence de choléra dans l'armée expéditionnaire d'Égypte. Ses demandes n'auraient obtenu que des réponses évasives. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Recherches expérimentales sur l'inoculation des maladies vénériennes aux animaux, par le docteur RABATEL. — Les expériences d'inoculation des maladies vénériennes aux animaux n'ont produit, jusqu'à ce jour, que des résultats contradictoires. De plus, elles ont été confuses tant que la doctrine de la dualité des chancres n'a pas été nettement démontrée par l'observation clinique. Cette question est de nouveau pleine d'actualité, en présence des travaux récents sur les maladies virulentes. Si l'observation et l'avenir justifient les résultats obtenus par la vaccination de virus atténués, l'inoculation deviendrait alors un moyen prophylactique bien autrement maniable que la syphilisation d'Auzias-Turenne. Le docteur Rabatel a fait dans ce but des recherches expérimentales à la clinique de l'Antiquaille, recherches répétées et contrôlées par d'autres internes qui observèrent des résultats toujours identiques.

1° *Inoculation de pus blennorrhagique.* — Sur des chiens, des lapins, des cobayes, on mettait du pus blennorrhagique en contact avec les muqueuses de l'œil, du gland et de l'urèthre. Les résultats furent toujours nuls, que le pus soit de la période aiguë ou de la période subaiguë. Or, chez l'homme, la même immunité, on ne le sait que trop, n'existe pas, et on a pu dans un but thérapeutique obtenir des résultats positifs en inoculant à l'œil du pus blennorrhagique,

2° *Inoculation du pus du chancre simple.* — On sait que M. Basset, en inoculant aux animaux le pus de la chancrelle, produisit des ulcérations ayant les caractères du chancre mou, mais que MM. Horand et Peuch, dans les mêmes circonstances, n'observèrent aucun résultat sur les chiens, les vaches et les chevaux. Ces derniers insuccès sont confirmés par les recherches de M. Rabatel sur les chiens, les lapins et les cobayes, et par celles de M. Blanc qui, dans cinquante-deux expériences, obtint également des résultats négatifs. Comment concilier ces résultats avec celui de l'inoculation de pus d'un chancre simple transmis à un animal qu'un professeur de la Faculté de Lyon pratiqua sur lui-même avec un succès trop réel ?

3° *Inoculation du virus syphilitique.* — Les insuccès sont encore la règle, comme dans les expériences précédentes. Chez une chienne inoculée avec des chancres indurés introduits sous la peau, et fécondée ensuite par un chien, dans la veine jugulaire duquel on avait injecté du

sang défibriné provenant d'un syphilitique en puissance d'accidents secondaires, les résultats furent négatifs et aucun des onze chiens, qu'elle mit bas, ne présentèrent de traces de lésions spécifiques, ni aucun symptôme d'hérédité.

Quelles sont les conclusions de cette série d'expériences négatives? M. Rabatel admet qu'il y a lieu de les répéter et que les résultats ne sont pas définitifs. Il y aurait lieu aussi, vraisemblablement, et ce serait là un contrôle de la théorie des virus atténués, non pas de poursuivre les recherches avec du pus inoculé directement de l'homme aux animaux, mais d'obtenir par des cultures un virus préalablement modifié, ayant la propriété de donner aux animaux d'une même espèce des accidents vénériens, identiques à ceux qui se produisent chez l'homme par l'inoculation. (*Lyon médical*, p. 41. — 8 janvier 1882.) — Ch. E.

Extraction par la trachéotomie d'un caillou tombé dans la bronche droite, par le docteur C. Lucas. — Le malade qui a fait l'objet de cette communication, à la Société clinique de Londres, était un jeune enfant, âgé de 4 ans, qui avait accidentellement avalé un caillou. Au moment de son entrée à l'hôpital, il éprouvait de violentes quintes de toux, de la dyspnée, et, pendant ces quintes, son visage devenait cyanosé. La respiration était pénible ; il existait des râles au niveau de la bronche droite ; la toux avait un caractère remarquable de raucité et de violence. Par la palpation de la trachée, on pouvait pendant les efforts de toux percevoir les chocs du corps étranger. On pratiqua la trachéotomie, mais l'ouverture de la trachée fut suivie d'un arrêt de la respiration tel qu'on dût employer la respiration artificielle. La trachée étant soulevée et maintenue par des anses de fil, le tronc fut placé dans une position déclive, et on chercha, au moyen de la percussion du dos, à faire tomber le corps étranger. Un effort de toux fit apparaître ce dernier et on pût l'extraire avec une pince.

L'opération fut suivie de râles bronchiques et d'une expectoration purulente qui durèrent pendant quelques jours. Un cas semblable a été communiqué à la Société clinique de Londres, en 1877, et dans un travail, couronné par l'Académie de médecine, le docteur Bertholle a signalé, en 1868, des observations analogues. (*The med. Press. and Circ.*, 16 novembre 1881.) — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1882. — Présidence de M. Henri Bouley.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté portant pour suscription cette devise : *Toujours en avant !*

—

M. Gariel présente un volume contenant le Compte rendu de la session du Congrès pour l'avancement des sciences, tenu à Alger en 1881.

—

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. Hillairet, membre titulaire pour la section d'hygiène et de médecine légale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Lagneau donne lecture des paroles qu'il a prononcées, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Hillairet.

(Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.)

—

M. Jules Guérin donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur l'ostéotomie et la tarsotomie dans le traitement du pied bot congénital.* En voici les conclusions :

« 1° Que la tarsotomie, ablation et résection des os du tarse pour remédier aux pieds bots, même les plus prononcés chez l'enfant, est une opération qui doit être réprouvée comme un des plus graves abus de la chirurgie contemporaine, au nom des principes et de la pratique.

« 2° Que cette méthode qui se résout dans une mutilation inutile et dangereuse au double point de vue de la forme et des fonctions du pied, peut toujours être empêchée et suppléée par la vraie méthode orthopédique, laquelle comprend la ténotomie, la syndesmotomie, le massage et les appareils orthopédiques.

« 3° Que la tarsotomie, excusable tout au plus chez l'adulte, et pour des pieds bots invétérés, n'a pas montré jusqu'ici qu'elle fût préférable, au point de vue des dangers à faire courir et des services à rendre, au maintien de la difformité aidée d'appareils et de chaussures intelligemment appropriées aux déformations du pied.

« 4° Finalement, qu'il n'y a pas lieu d'invoquer, pour justifier les tentatives blâmables de

la tarsotomie orthopédique, les applications possibles de cette méthode aux déformations résultant des maladies des os du tarse, après la disparition des accidents causés par ces dernières : ces applications ne pouvant en aucune façon être confondues avec celles proposées pour le pied bot; toutes réserves faites à l'endroit des opérations de pseudo-tarsotomie que l'expérience seule pourra faire apprécier, et qu'elle n'a pas permis d'apprécier jusqu'ici. »

M. GOSSELIN s'associe complètement aux critiques très légitimes que M. Jules Guérin vient de diriger contre les chirurgiens qui pratiquent l'ostéotomie ou la tarsotomie pour le pied bot congénital chez les enfants. Mais il ne croit pas que ces critiques puissent s'adresser à la chirurgie française qui, jusqu'à ce jour, s'est abstenue de toute tentative de ce genre.

M. BLOT croit devoir joindre ses compliments à ceux que M. Gosselin vient d'adresser à la communication de M. Jules Guérin. Déjà, dans une discussion qui eut lieu, il y a trois ans, au sein de la Société de chirurgie, à l'occasion d'un rapport fait par un des membres de cette Société au sujet d'une opération d'ostéotomie pratiquée sur un enfant de 2 ans, pour cause de rachitisme, M. Blot a eu l'occasion de faire entendre une protestation énergique contre de pareilles pratiques opératoires, mises en œuvre dans des cas et pour des lésions osseuses qui guérissent généralement par un séjour plus ou moins prolongé sur les bords de la mer, ainsi que le prouvent les résultats si remarquables obtenus à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Cette pratique chirurgicale présentée comme un progrès est plutôt un pas rétrograde, suivant M. Blot; ce serait de la folie chirurgicale, s'est-il écrié, que de suivre les chirurgiens allemands dans une pareille voie.

M. TILLAUX demande à faire des réserves à l'égard des conclusions proposées par M. Jules Guérin. Il y a, suivant lui, à distinguer deux espèces de pied bot, celui des enfants et celui des adultes. Celui des enfants ne doit pas être traité par l'ostéotomie; mais celui des adultes peut fort bien, dans certains cas absolument incurables par les moyens ordinaires, être opéré avec avantage par l'ostéotomie. M. Tillaux croit que cette opération a été pratiquée en France, particulièrement à Bordeaux, et il considère que les chirurgiens qui l'ont pratiquée n'ont pas fait un acte blâmable, ainsi que le dit M. Jules Guérin. Pour sa part, M. Tillaux est parfaitement disposé, après les chirurgiens allemands et quelques chirurgiens français, à pratiquer l'ostéotomie dans le pied bot des adultes.

M. Jules GUÉRIN est heureux de voir que plusieurs de ses collègues approuvent les termes de sa communication, qui a eu pour but d'empêcher les jeunes chirurgiens de pratiquer une opération dont ils ne peuvent connaître ni la valeur, ni les résultats. Il s'associe particulièrement à la protestation élevée par M. Blot contre l'opération de l'ostéotomie dans le rachitisme des enfants, avec une petite réserve toutefois. Dans la période d'éburnation, alors que la maladie est devenue tout à fait incurable, M. Jules Guérin a proposé, quand il existe une difformité trop considérable, de pratiquer la section d'un coin de l'os en vue de remédier à cette difformité.

Quant au pied bot des adultes, M. Jules Guérin n'est nullement opposé à l'opération que recommande M. Tillaux; mais il voudrait auparavant que les partisans de cette opération en montrassent l'utilité; or on est encore à attendre les résultats de cette méthode et les services qu'elle peut rendre aux malades. Ces services ne sont pas tellement évidents que l'on puisse les mettre en balance avec les dangers de l'opération, surtout quand il s'agit de malades qui, malgré leur difformité, peuvent marcher, courir, sauter et gambader, comme on peut le voir tous les jours dans les rues et les places publiques.

M. BLOT n'accepte pas même la réserve que vient de faire M. Jules Guérin, précisément parce qu'il s'agit de malades que leur difformité n'empêche ni de marcher ni de courir, comme le dit très bien M. J. Guérin. Même à la période d'éburnation, M. Blot ne saurait admettre que l'on puisse exposer les malades aux dangers de l'ostéotomie pour un bénéfice incertain. M. Blot, pour sa part, ne voudrait engager personne à subir une pareille opération, ni aucun chirurgien à la pratiquer, car cette opération, toute de complaisance, peut faire courir aux malades les dangers les plus graves, en particulier le danger de mort par le chloroforme.

M. Jules GUÉRIN répond qu'il ne fait plus de l'opération, dans la période d'éburnation du rachitisme, une question de méthode, mais de tact pratiqué, étant donné des cas, d'ailleurs exceptionnels, dans lesquels il n'est pas possible de faire autrement, soit pour guérir, soit pour soulager les malades.

— M. BOULEY communique, au nom de M. Peuch, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, une *note sur un nouveau procédé de clavélisation.*

Ayant eu l'occasion de suivre les expériences de M. Chauveau sur la vaccine et même d'y

participer, M. Peuch avait été frappé de ce fait que les injections sous-cutanées du vaccin confèrent l'immunité vaccinale aux bêtes bovines, sans qu'il survienne autre chose qu'une nodosité au lieu de l'inoculation, sans aucune éruption locale ou générale; d'autre part, en réfléchissant à la très grande richesse du claveau en éléments corpusculaires ou germes, richesse démontrée par les belles expériences de M. Chauveau, M. Peuch s'est demandé si l'on ne pourrait pas, en diluant convenablement le claveau et en l'injectant en quantité déterminée dans le tissu conjonctif sous-cutané, diminuer les accidents de la clavilisation et réduire la mortalité à la plus petite proportion possible. Avec du claveau dilué du vingtième au cinquantième dans l'eau distillée, M. Peuch a fait des injections avec une seringue de Pravaz, semblable à celle que l'on emploie pour les vaccinations charbonneuses.

Il a pratiqué ces injections soit à la face interne de l'une ou de l'autre cuisse, soit à la face inférieure de la queue, dans le tissu conjonctif sous-cutané, tantôt à la dose de 16 à 17 centigrammes de la dilution, tantôt à celle de 3 centigrammes.

Dix-sept moutons ont été clavilisés par la méthode sous-cutanée : 8 avec du claveau dilué au 1/20, 4 avec du claveau dilué au 1/50 ; aucun d'eux n'a succombé et tous ont acquis l'immunité claveleuse. Ces clavilisations ont été pratiquées les 23 avril, 17 et 31 mai, 24 juin dernier, c'est-à-dire par des températures atmosphériques de 15°, 21°, 25°, 28° centigrades. Après chacune d'elles, les sujets ont été enfermés dans de petits locaux d'où ils ne sortaient point; leur nourriture a consisté en luzerne sèche d'assez bonne qualité.

Il résulte de ces expériences que les effets de la clavilisation sous-cutanée varient en intensité suivant la dilution employée, sans qu'il existe toutefois de différences bien sensibles entre le degré d'activité de mélanges au 1/20 et au 1/30. Mais une atténuation très manifeste se produit quand la proportion d'eau augmente et que le titre du mélange égale 1/50.

Ces résultats conduisent M. Peuch à penser que l'on peut encore diminuer l'activité virulente du claveau, tout en lui conservant la propriété de conférer l'immunité claveleuse, en abaissant le titre du mélange, de manière à n'avoir plus qu'une partie de claveau pour 60, 80, 100 ou 120 parties d'eau distillée, et en se contentant d'injecter 1/4 ou peut être 1/8 de la division.

M. Bouley, après avoir communiqué la note de M. Peuch, ajoute que les résultats des expériences relatées dans cette note montrent, contrairement à l'opinion émise par M. J. Guérin, qu'il n'est pas nécessaire, pour créer l'immunité à la suite des inoculations des maladies virulentes, que ces inoculations reproduisent la maladie avec ses principaux caractères extérieurs. Ceux-ci peuvent manquer sans que, pour cela, l'infection de l'économie fasse défaut. La nature de la contagion est aujourd'hui dévoilée, grâce aux travaux de M. Pasteur. On sait que les agents de la contagion sont des infiniment petits, des éléments vivants, des cellules...

M. Jules Guérin : Des microbes!

M. Bouley : Oui, des microbes, si M. Jules Guérin le veut ainsi.

A côté de ces infiniment petits, qui sont les éléments essentiels de la contagion, il y a les autres éléments corpusculaires, dont M. Chauveau a si bien démontré le rôle dans des expériences qui prouvent que la contagion est fonction de l'élément vivant.

Or ces infiniment petits deviennent infiniment grands par le nombre, et la preuve en est donnée par ce qui se passe dans l'expérience qui consiste à ensemencer dans un liquide de culture le mycoderme du vinaigre : si dans une cuve d'un mètre carré contenant un liquide approprié on sème une cellule de *mycoderma aceti*, on voit, au bout de 24 ou 48 heures, la surface du liquide se couvrir d'une pellicule organisée résultant de la pullulation en nombre extraordinairement considérable de cette première cellule dont la multiplication a atteint rapidement le chiffre presque incroyable de trois milliards !

La preuve que ces infiniment petits deviennent infiniment grands par le nombre résulte encore des effets de l'inoculation d'une goutte du liquide de culture obtenu par l'ensemencement du sang d'une poule atteinte de la maladie dite *choléra des poules*. Une seule piqûre faite à une poule suffit pour remplir l'organisme de cet animal d'une multitude innombrable d'éléments organisés, vivants, qui, inoculés à d'autres poules, peuvent, en série indéfinie, reproduire la maladie.

La pullulation infiniment grande d'organismes infiniment petits est donc le caractère essentiel de la contagion, et, encore une fois, il n'est pas nécessaire, pour que la transmission par inoculation d'une maladie virulente se fasse, il n'est pas nécessaire que l'infection de l'économie se traduise à l'extérieur par des phénomènes anatomiques invariables.

Par certains modes d'atténuation et d'inoculation des virus, on ne donne lieu à aucune manifestation éruptive extérieure, et cependant le mystère de l'immunité s'est accompli. C'est ainsi que l'on peut transmettre à la vache le virus de la variole, sans que rien au dehors ne trahisse l'infection de l'économie, et cependant cette infection est démontrée par la stérilité, sur ce même mal, des inoculations faites avec le virus vaccin.

De même le charbon symptomatique, qui se caractérise par des tumeurs extérieures, ne donne lieu, s'il est injecté dans les veines, qu'à une fièvre éphémère qui dure deux ou trois jours, sans autre manifestation ; l'immunité est acquise cependant, car si l'on injecte ensuite le virus dans le tissu cellulaire, aucun accident ne se produit.

De même, enfin, l'inoculation du liquide virulent de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, pratiquée sur la queue de la vache, met, malgré l'absence de toute manifestation locale, l'animal à l'abri de l'inoculation de ce même liquide virulent dans les régions où, dans les conditions ordinaires, l'injection est suivie d'accidents très graves et même de mort.

Tous ces faits démontrent une fois de plus, suivant M. Bouley, l'erreur de ceux qui veulent que les maladies virulentes ou contagieuses inoculées se caractérisent nécessairement par les mêmes phénomènes que les maladies spontanées.

Les résultats de l'expérimentation, contre lesquels ne prévaudront jamais les données de l'induction pure, sont la preuve évidente du contraire.

M. Jules Guérin distingue deux parties dans la communication très intéressante et très remarquable de M. Bouley : celle relative à un nouveau mode d'inoculation de la clavelée, et celle relative à la péripneumonie contagieuse.

De la première, M. Jules Guérin ne dira rien, si ce n'est que la méthode d'inoculation adoptée par M. Peuch est excellente, mais qu'elle n'est pas nouvelle. Il y a longtemps déjà que M. Jules Guérin l'avait conseillée et pratiquée. Il a montré que l'inoculation ou l'injection sous-cutanée ne s'accompagne d'aucun phénomène local, tout en procurant aux sujets ainsi inoculés tous les bénéfices de l'immunité. M. Jules Guérin a vacciné avec succès toute une famille, par la méthode sous-cutanée, sans donner lieu à la manifestation d'aucune pustule. C'est donc là une voie excellente dans laquelle est entré M. Peuch, mais cette voie avait déjà été indiquée et parcourue par d'autres.

Depuis longtemps aussi M. Jules Guérin avait, sur les seules données de l'observation et de l'induction, annoncé la possibilité de la préservation des maladies virulentes par l'inoculation des virus atténués au moyen des inoculations multipliées. Cette idée a fait aujourd'hui son chemin.

Quant à la question de la préservation de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes par l'inoculation à la queue de l'animal du liquide viruleux produit par cette maladie, M. Jules Guérin déclare d'abord que le principe viruleux de la péripneumonie n'a pas été démontré ou isolé; ensuite le fait de l'immunité produite par cette inoculation n'a pas été prouvé ; enfin, M. Jules Guérin ne croira à la transmission de la péripneumonie contagieuse chez les animaux inoculés que lorsque l'on aura mis ces derniers en cohabitation avec les animaux sains, et que ceux-ci auront contracté la maladie, en vertu de cette cohabitation. Jusqu'à ce jour M. Jules Guérin réserve son jugement à ce sujet.

M. Bouley déclare que les expériences, dont parle M. Jules Guérin, sont actuellement en cours d'exécution.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mai 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du proès-verbal, M. de Beauvais, secrétaire général, demande la parole.

Je crois acquitter une dette de profonde gratitude envers notre vénéré bienfaiteur et regretté collègue M. Duparcque, en rappelant devant la Société son important *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, publié en 1835, dans lequel il a abordé magistralement le sujet de la discussion actuelle sur l'amputation du col de l'utérus. Voici les règles générales qu'il indique sur la nécessité, la contre-indication ou l'inutilité de cette opération.

« 1° L'amputation du col doit être rejetée pour les cas de simple engorgement sans ulcération profonde du col utérin; du moins ne devra-t-on y avoir recours qu'après que l'on aura essayé sans succès des moyens médicaux ordinaires.

2° Elle doit être également rejetée ou retardée toutes les fois que l'altération, quelle que soit sa nature, paraît rester stationnaire ou que l'on a quelque espoir de prévenir son développement ultérieur par tout autre moyen.

3° Elle sera définitivement rejetée, lorsqu'on soupçonnera que la maladie n'est pas limitée au col, ou qu'elle se trouvera hors de la portée des instruments, ou qu'elle affectera simultanément d'autres organes.

4° On devra encore tenir compte des circonstances qui peuvent faire présumer la prédisposition héréditaire, cas dans lequel la récidive est presque inévitable, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

5° Peut-être aussi serait-il nécessaire d'attendre, pour opérer, que l'âge ait détruit la prédisposition organique on vitale, qui, si l'on opérait avant cet heureux effet de l'âge, rendrait la récidive également inévitable. »

— M. Duparcque termine ainsi : « D'après ces considérations, l'amputation du col de l'utérus se trouverait indiquée dans le très petit nombre de ces cas dans lesquels la maladie : 1° est limitée au col de l'utérus; 2° est bien positivement de nature à ne pouvoir céder aux moyens thérapeutiques (tels que le cancer mou, le cancer avec fongus hématode ou excroissances carcinomateuses, le cancer ulcéré); 3° et en dernier lieu, quand la marche de l'affection est si rapide, et les accidents tels que la vie des malades menace d'être bientôt compromise. Hors ces cas, il est prudent de temporiser et de tenter la guérison par les méthodes thérapeutiques les plus rationnelles, ou du moins de chercher à rendre la maladie stationnaire, ou enfin de se borner au traitement palliatif. »

— Je suis heureux, Messieurs, de voir, après cinquante ans passés, ces sages conclusions d'un praticien aussi habile que consciencieux s'accorder complètement avec celles qui viennent de nous être présentées dans cette intéressante discussion.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Progrès médical,* le *Journal de médecine de Paris,* le *Concours médical,* le *Journal des sages-femmes,* le *Journal d'hygiène,* la *Revue des travaux scientifiques,* t. II. n° 5 (1881).

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Devalz, membre correspondant qui envoie 70 exemplaires de son mémoire sur la curabilité du tubercule.

Une lettre de M. le professeur Dunant, de Genève, secrétaire général du Congrès international d'hygiène, avec la circulaire du Comité d'organisation. Il invite la Société de médecine de Paris à vouloir bien désigner deux délégués pour la représenter à ce Congrès qui doit avoir lieu du 4 au 9 septembre prochain. MM. Perrin et de Beauvais, sur leur acceptation de se rendre à Genève, sont désignés comme délégués.

—

M. le Président annonce à la Société que le bureau a été reçu, en audience particulière, par M. le Préfet de la Seine; qu'il a été accueilli avec un extrême cordialité, mais qu'aucune proposition particulière n'a été formulée dans cette entrevue.

—

M. Christian lit son rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Baucel fils (de Toul). Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Mathelin lit un mémoire intitulé : *de la faradisation utérine.* Cette première partie a trait à la faradisation de l'utérus dans l'état de vacuité. (Voir dans le n° du 17 septembre 1882.)

M. Thévenot demande à M. Mathelin quelle relation il trouve entre l'expérience de Kherer et celle de Spiegelberg. Dans l'expérience de Kherer, il s'agit de la corne utérine d'une lapine en travail qui, sectionnée et placée dans de l'eau à la température de 40°, continue à se contracter pendant trois quarts d'heure à une heure. Dans l'expérience de Spiegelberg, il s'agit d'un utérus, qui se contracte sous l'influence de la faradisation, chez une femme qui vient d'être décapitée.

M. Mathelin : Je n'invoquais l'expérience de Kherer qu'à l'appui d'une hypothèse concernant l'explication possible du fait de Spiegelberg. Spiegelberg opérait chez une femme où l'innervation cérébro-bulbaire était supprimée : on s'explique qu'il ait pu obtenir, dans ce cas, des contractions qu'on n'obtiendrait peut-être pas chez la femme vivante, en raison du rôle d'inhibition que paraît jouer le système nerveux central sur les phénomènes dépendant de l'innervation ganglionnaire utérine; phénomènes mis en lumière par l'expérience de Kehrer.

M. Polaillon a fait aussi quelques expériences sur l'utérus des lapines : certainement, on ne peut faire contracter l'utérus à la manière de l'intestin, et la matrice reste immobile ; cependant, dans les points où on applique les rhéophores, on voit se produire une zone plus pâle de 4 ou 5 millimètres de rayon, et je me suis demandé si cette pâleur était due à la contraction des fibres musculaires ou à l'action exercée sur les vaisseaux. Je crois que c'est à la contraction des fibres musculaires que cet effet est dû, mais comme elles sont atrophiées, la propagation n'a pas lieu au delà de quelques millimètres. Je faisais ces expériences pour prendre le tracé des contractions musculaires, et il m'a été impossible d'obtenir aucun tracé.

M. Forget : J'entre dans la discussion du mémoire intéressant que nous a lu M. Mathelin, en reprenant le côté théorique, qui a été exclusivement considéré par mon collègue Polaillon, c'est-à-dire la propriété qui serait dévolue au tissu utérin de se contracter sous l'action de la faradisation. Il y a dans le travail de M. Mathelin des vues physiologiques dont l'expérimentation n'a peut-être pas encore démontré la justesse d'une façon incontestable. L'électrothérapie utérine n'a pas d'autre fondement que la certitude, où paraît être notre collègue de la contraction déterminée dans le tissu fibro-musculaire de l'utérus à l'état de vacuité. Ce serait, dans sa doctrine, la multiplicité de ces contractions étendues à tous les éléments, même les plus rudimentaires de l'organe, qui en s'additionnant, pour ainsi dire, formeraient un effort compressif général et d'ensemble, dont le résultat serait pour l'organe hypertrophié, engorgé, déplacé, de devenir pour lui-même un agent de compression intime, et pour ainsi dire moléculaire, propre à le ramener à son état physiologique normal, en exprimant de son tissu les liquides dont la stase intra-vasculaire a déterminé et entretient la disposition pathologique.

Telle serait l'action directe de la faradisation utérine : ce n'est pas tout, elle aurait encore une action indirecte, qui s'étendrait à tous les phénomènes variés et bizarres qu'il est ordinaire d'observer chez les femmes atteintes d'affections utérines, et qui justifient l'adage bien connu : *Id est quod est propter solum uterum.* Par *réflexité,* tous ces phénomènes, non-seulement ceux purement sensoriaux, mais encore les phénomènes de dynamisme musculaire, exagéré ou perverti, céderaient sous l'influence de l'électricité.

En suivant avec attention les développements donnés par l'auteur à l'exposé théorique de son sujet et aux applications pratiques qu'il en a déduites, il faut convenir qu'une voie nouvelle et féconde s'ouvrirait devant nous pour le traitement des hyperplasies utérines et des hétérotopies dont elles s'accompagnent. A Dieu ne plaise que je prétende assombrir le tableau séduisant qu'il en a tracé; ce que je veux aujourd'hui, c'est rappeler combien est complexe la morbidité d'un utérus, dont tous les éléments anatomiques sont solidairement participants à la lésion chronique persistante, et jusqu'alors si difficilement curable par la méthode de traitement la plus rationnelle.

J'attendrai, pour entrer dans la discussion classique, d'avoir sous les yeux le mémoire de M. Mathelin avec ses observations cliniques à l'appui. Elles surtout nous donneront la mesure de la méthode qu'ils préconisent, en permettant de juger de son degré d'efficacité thérapeutique.

M. Mathelin : Ce sont justement ces considérations qui m'ont engagé à m'en tenir à l'observation clinique. On pourrait penser que la faradisation amène de véritables contractions utérines, il n'en est rien; mais il y a une action intime exercée, et de plus une action générale. Ainsi, sur une femme en couches dont je faradisais l'utérus, je vis disparaître un torticolis intense. N'a-t-on pas vu des névralgies sciatiques disparaître par la brûlure du lobule de l'oreille?

M. Christian rappelle à l'appui de cette idée que Remack guérissait les entorses par les applications de l'électricité.

M. Mathelin : Remack opérait sur l'entorse même, et j'ai obtenu aussi une sédation d'une entorse de l'épaule par l'électrisation du deltoïde. L'application de l'électricité est plus facile que le massage, mais doit agir comme lui en facilitant la circulation, en activant la nutrition intime des tissus. Il n'est donc pas nécessaire que l'utérus se contracte pour que l'électricité produise sur lui de bons effets.

M. Reliquet fait remarquer que les faits de Remack sont d'un autre ordre, car Remack ne se servait que de courants continus.

M. Thevenot : Depuis que j'applique la faradisation au traitement des maladies de l'utérus, j'ai constaté maintes fois, par ce moyen, une amélioration notable, dans quelques cas la guérison. Quant au mode d'action de la faradisation, sans nier qu'elle ne puisse éveiller parfois dans l'utérus non gravide de contraction, je ne crois pas que ce soit en faisant contracter l'utérus que l'électricité agisse. La faradisation peut être considérée comme un modificateur de l'innervation, et consécutivement de la nutrition, et de la nutrition utérine au même titre que la saignée locale, que la cautérisation, que le massage, etc. La difficulté est de savoir dans quels cas ces différents moyens sont le mieux appropriés, et s'il n'est pas utile de les employer successivement.

C'est une question que je me propose de porter plus tard devant la Société.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Henri Bergeron.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 8 au 14 septembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 991. — Fièvre typhoïde, 75. — Variole, 10. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 27. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchites aiguës, 8. — Pneumonie, 47. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 83; au sein et mixte, 63; inconnus, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 65; circulatoire, 52; respiratoire, 51; digestif, 52; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 10. — Après traumatisme, 4. — Morts violentes, 44. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 37e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,154 naissances et 991 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,100, 1,034, 1,006, 934. Le chiffre de 991 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir une aggravation pour la Fièvre typhoïde (75 décès au lieu de 63 pendant la 36e semaine) ; et pour la Variole (10 au lieu de 5).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 5 décès par Rougeole (au lieu de 7); 27 par Diphthérie (au lieu de 24); 5 par Érysipèle (au lieu de 7); 8 par Infection puerpérale (au lieu de 6).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (175 malades reçus du 4 au 10 septembre, au lieu de 197 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (16 au lieu de 21), et supérieur pour la Variole (22 au lieu de 8).

Si on relève semaine par semaine le chiffre des malades entrés dans les hôpitaux pour cause de Fièvre typhoïde depuis la 33e semaine, durant laquelle ce chiffre a atteint son maximum hebdomadaire, on obtient la succession suivante : 338, 251, 251, 197, 175. Il est donc permis de croire que malgré l'excédent de décès typhoïdiques que ce bulletin accuse sur le précédent, l'épidémie tend plutôt à décroître et qu'une prochaine diminution de la mortalité va correspondre à l'atténuation que l'on constate dès à présent sur la morbidité.

Les arrondissements du Nord et de l'Est de Paris sont toujours les plus frappés par la Fièvre typhoïde. Dans les 17e, 18e, 19e et 20e arrondissements, il n'est aucun quartier qui, cette semaine, n'ait payé à l'épidémie un tribut d'une ou plusieurs victimes.

Nous tenons à faire connaître que, malgré les bruits alarmants que l'on a fait courir, il n'est survenu à Paris, jusqu'à ce jour, aucun décès par suite de Choléra asiatique. On sait d'ailleurs que cette affection n'est pas endémique dans notre pays et il faut espérer que les mesures préventives prises par l'Administration sanitaire suffiront pour nous éviter une nouvelle invasion du fléau.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Faculté de médecine. — M. le docteur L.-G. Richelot, agrégé suppléant M. le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, reprendra ses leçons cliniques, momentanément interrompues, le vendredi 22 septembre 1882.

Rectification. — A propos du récit publié dans le n° 108 de l'Union Médicale (page 240 du 2e volume, 1882), une similitude d'initiale pouvant prêter à confusion, le docteur Binet, de Saint-Honoré-les-Bains, nous prie de déclarer qu'il n'a rien de commun avec le docteur B..., débouté de sa demande de 10,000 francs de dommages-intérêts par le tribunal de Château-Chinon, d'autant plus qu'il n'a jamais cessé d'avoir les meilleurs rapports avec le confrère objet de l'assignation.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'EMBOLIE PULMONAIRE COMME CAUSE DE MORT RAPIDE ET IMPRÉVUE DANS LE COURS DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 février 1881 (1),

Par M. DUGUET,

Professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Incontestablement, il s'agit là de caillots *emboliques*, et l'idée d'une *thrombose* pulmonaire ne saurait être soutenue un seul instant. Incontestablement aussi la mort inopinée, soudaine peut-être, de notre malade, doit leur être attribuée. Mais où trouver l'origine de ces *embolies?* Quel département du système veineux en a été le point de départ? L'autopsie de tous les organes, du cœur en particulier, faite avec beaucoup de soin ne nous apprend rien; nous ne trouvons ni dans la poitrine ni dans l'abdomen aucun foyer de thrombose.

Nous pouvions nous en tenir là, sous prétexte que notre malade n'avait présenté *ni œdème ni douleur* des membres supérieurs ou inférieurs, aucun signe en un mot de *thrombose des membres*.

En agissant ainsi, nous aurions imité ceux (et ils sont assez nombreux), qui décrivent des faits analogues sous le nom de *thromboses marastiques de l'artère pulmonaire*, et nous aurions pu ajouter une observation incomplète et mal interprétée à celles qui encombrent déjà la science.

Instruit par l'expérience et par des recherches personnelles qui remontent à l'année 1862; mis en garde par notre ami, le professeur Ball, qui établit en principe dans sa thèse qu'il faut rechercher partout, dans toutes les branches du système veineux périphérique, l'origine des caillots anciens non adhérents trouvés

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 14 septembre.

FEUILLETON

CAUSERIES.

Une grande figure vient de disparaître, dont il faut saluer le départ par des regrets et des hommages qui ne seront jamais mieux placés. Si le nom du général Ducrot vient ici sous ma plume, c'est que je le vois toujours dans mes souvenirs, dominant la terrible mêlée où le sang des blessés s'est figé sur mes mains pour la première fois; c'est aussi que sa mémoire appartient un peu à la médecine militaire, qu'il a aimée et soutenue avec la franchise et la chaleur qu'il portait dans toutes ses affections. S'inspirant des conseils de l'un de nos maîtres les plus autorisés, qui avait carte blanche auprès de lui, il fit réaliser dans son commandement de Bourges de grandes améliorations hygiéniques, et notamment les premiers essais du système Tollet, pour la construction des hôpitaux et des casernes. On sait que les résultats en furent des plus heureux, et se traduisirent par une diminution réelle dans la morbidité et la mortalité des troupes pourvues de ces nouveaux logements. Une embolie, suite de phlébite, a emporté brusquement ce grand soldat, dont la mort n'avait pas voulu quand il courut à elle sous les murs de Paris; il est mort par le cœur, et c'est bien par le cœur que devait mourir cet ardent patriote, qui sut un jour faire vibrer toutes les âmes françaises à l'unisson de la sienne, dans un élan d'héroïsme sur lequel des profanations sacrilèges se sont tristement acharnées.

dans l'artère pulmonaire, nous avons poussé plus loin l'autopsie. N'ayant rien trouvé dans la veine cave inférieure ni dans les veines iliaques, nous avons ouvert toutes les veines des membres inférieurs.

A gauche, toutes étaient vides; à droite elles l'étaient également, sauf la *crurale* dans le segment qui s'étend de la veine crurale profonde (fig. II, a) à l'arcade crurale.

Ainsi donc, en incisant de bas en haut, avec des ciseaux, la veine crurale droite, qui représentait un cylindre à moitié rempli seulement et par places, nous sommes tombé sur un caillot grisâtre ayant une longueur de 4 centimètres environ, et qui s'est trouvé sectionné en deux portions à peu près égales (b, c) dans toute sa longueur. Ce caillot, dont le volume est tel qu'il n'occupe pas plus de la moitié du calibre de la veine crurale, prend naissance dans un nid valvulaire (d), par une extrémité arrondie, monte et s'arrête à 2 centimètres au-dessous d'une autre valvule veineuse; là, son extrémité (e) représente une cassure irrégulière; il rampe le long de la paroi veineuse avec laquelle il a contracté des *adhérences* intimes et qui est *dépolie* à ce niveau.

A côté de la valvule d'où part ce caillot prolongé et cassé, se trouve l'autre valvule (f) qui est située immédiatement au-dessous de l'orifice (g) de la veine crurale profonde, et qui contient, masquant l'embouchure de cette veine, un caillot grisâtre, homogène, ressemblant à un petit œuf aplati, siégeant dans le nid valvulaire et dépassant de plus de la moitié de sa hauteur (h) le bord supérieur de la valvule qui le soutient; il est libre de toute adhérence, et il s'échappe de la valvule sous l'effort d'un simple filet d'eau. Ce caillot oviforme tient la valvule déployée sans oblitérer complètement, pas plus que le caillot précédent, la lumière du vaisseau principal; à 5 centimètres au-dessus de cette paire de valvules, non loin du niveau de l'arcade crurale, existe une autre paire de valvules veineuses, dont l'une est libre (i), flottante, tandis que l'autre, celle qui surmonte (j) le caillot allongé et cassé indiqué tout à l'heure, est distendue par un caillot oviforme, un peu allongé, exactement semblable au précédent, dépassant la valvule d'un peu plus de la moitié de sa hauteur (k) et libre comme lui de toute adhérence avec le voile valvulaire ou avec la paroi veineuse.

Terminons en disant que là s'arrêtent toutes les constatations positives de cette autopsie; nous ne voulons nous en tenir qu'aux faits intéressants.

Cherchons donc maintenant à interpréter. Rien, il nous semble, n'est plus facile.

Le malade, que ne condamnait au repos ni l'*œdème*, ni surtout la *douleur* du

***

Grâce au système d'informations adopté par les Anglais en Egypte, voilà une guerre qui sera peu fertile en enseignements pour la médecine d'armée. On a beau chercher dans les journaux quelques indications sur l'état sanitaire des troupes, on ne trouve absolument rien sur ce chapitre, ou du moins peu de chose. Par ci par là, on lit, au travers d'un défilé de pachas et autres turqueries, qu'une pluie ou un vent frais sont venus améliorer la santé des soldats; ce qui donne à penser qu'elle n'était pas parfaite auparavant.

Puisque les Anglais ne laissent passer que les nouvelles à leur convenance, ils pourraient, s'ils avaient la note gaie, faire parvenir en Europe des bulletins tout à fait rassurants, comme ceux-ci : « L'état sanitaire est excellent; quelques hommes seulement, privés des soins ordinaires de la bouche, ont ressenti des rages de dents; » ou bien : « Rien à signaler au point de vue médical, sauf plusieurs cas de surdité par les coups de canon. » Il n'est pas probable qu'ils en soient quittes pour si peu, et c'est grand dommage que nous ne puissions rien savoir de cette vaste expédition si rapidement préparée, et sur laquelle planent les influences du climat, de la saison, de la configuration du sol, et de ces dangereux voisins qui s'appellent la peste et le choléra. Les Anglais nous ont donné déjà de remarquables leçons pour l'organisation médicale de certaines guerres lointaines, et celle d'aujourd'hui n'est pas moins faite pour exciter notre curiosité; espérons que ces précieux documents ne seront pas éternellement tenus sous le boisseau.

***

membre inférieur droit, continuait à aller et venir, bien que des caillots marastiques fussent *en voie de formation* dans les nids valvulaires de sa crurale droite ; l'un d'eux avait déjà acquis une grande longueur, sans oblitérer complètement le vaisseau, sans entraver sensiblement, pas plus que les autres caillots oviformes, la circulation du sang noir. Le malade va aux cabinets, il se courbe, se fléchit, casse son caillot principal, lequel entraîne avec lui ou au-devant de lui, sur son passage, deux ou trois petits caillots oviformes logés dans des nids valvulaires, mais libres de toute adhérence, qu'il rencontre sur son chemin. La poussée du sang de la veine crurale profonde, jointe à celle du sang de la crurale restée libre au-dessous des caillots, permet de comprendre la débâcle du vaisseau principal, une fois le grand caillot cassé et détaché ; et quelques secondes sans doute, quelques minutes peut-être, ont suffi à ces caillots, grands et petits, pour venir obturer complètement la branche artérielle qui alimentait le lobe pulmonaire inférieur gauche, le seul qui servit encore (l'autopsie l'a démontré) à la respiration. De là, une mort *très rapide* et, en tout cas, *imprévue.*

Nous trouvons le prolongement, la suite du grand caillot cassé, à cheval sur l'éperon principal de la branche artérielle (Fig. I, b) ; le petit caillot cordiforme et libre (a), qui s'appuie sur le coude formé par le grand, provient, à n'en point douter, d'un des nids valvulaires libres maintenant, de la veine crurale. Nous en dirons autant des deux autres (e, f) qui, entraînés par le grand caillot, se sont engouffrés avant lui dans des branches plus petites en subissant sous l'effort du sang un tassement, un allongement attribuable uniquement à l'action de la poussée du sang par le cœur droit, jusqu'au moment, très rapproché sans doute, où l'obturation par le grand caillot a été complète. Ces caillots fibrineux, oviformes, encore mous, sont à n'en pas douter, sur le vivant, comme une pâte un peu ferme, susceptibles de certaines modifications dans leur forme par les pressions qui peuvent s'exercer sur eux.

En résumé cette observation démontre, croyons-nous, d'une façon péremptoire : 1° Que les cachectiques tuberculeux peuvent présenter dans certains points du système veineux, dans la crurale en particulier, des *coagulations fibrineuses*, des *thromboses marastiques*, *bien avant que les deux signes principaux* de ce qu'on appelle la *phlegmatia alba dolens des cachectiques* se montrent, à savoir : l'*œdème* et la *douleur* ;

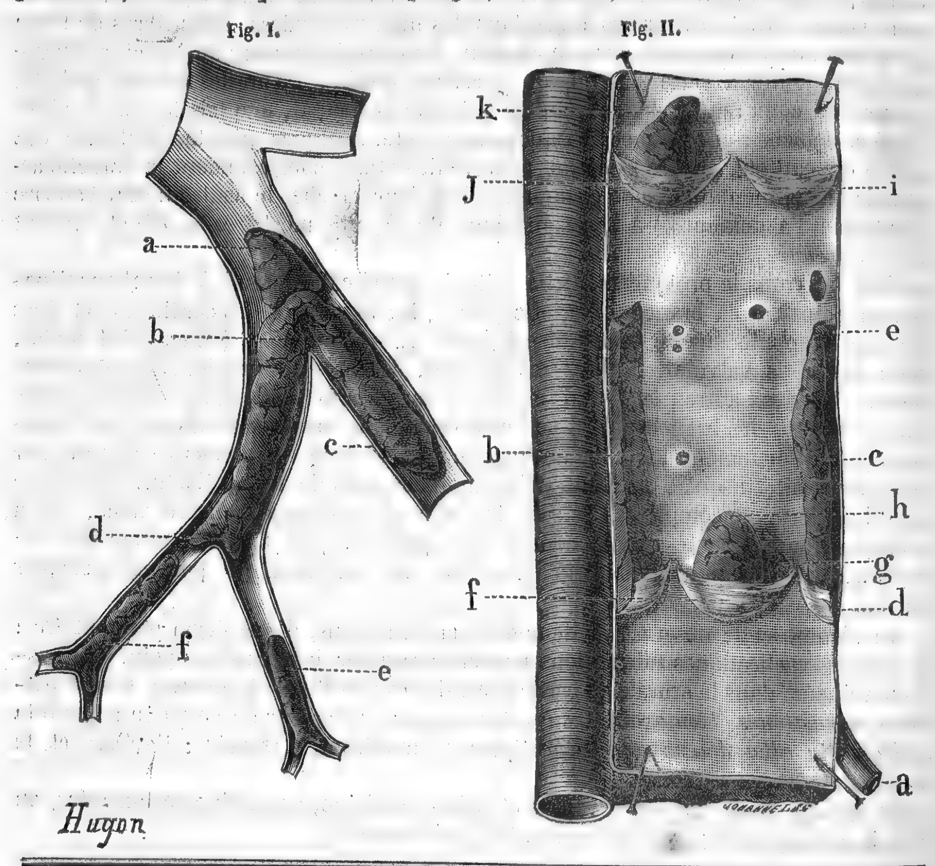
2° Qu'une mort *imprévue*, rapide et même soudaine, peut, chez ces malades, en être la conséquence par le fait d'*embolies pulmonaires* ;

Il y a en ce moment à Londres un de nos confrères, diplômé dans quelque université peu connue, et auquel on aurait pu confier utilement un rôle dans la campagne d'Egypte. C'est le médecin qui accompagne l'ex-roi des Zoulous, ce malheureux Cettiwayo, venu sans doute pour se pénétrer du mécanisme de la monarchie constitutionnelle, qui devait lui être peu familier dans ses états.

Si j'en juge par les menus de ses repas, par la quantité et la qualité de ses *ingesta*, solides et liquides, la présence d'un médecin ne saurait être superflue auprès de cette Majesté foncée, qui doit être sujette aux indigestions, et qui pratique l'alcoolisme tout comme un bon chrétien et un homme de la meilleure civilisation.

Dans le cas où le médecin Zoulou serait venu en Europe pour se perfectionner dans son art, et voir un peu comment nous entendons les choses de ce côté, il ne pouvait mieux tomber ni choisir un plus heureux moment. Rien de plus simple, en effet, que de l'initier à nos dernières conquêtes, et de le mettre en quelques mots à la hauteur de la médecine du jour. Le professeur qui se chargerait de cet élève pourrait s'en tirer à bon compte, en adoptant le modèle de conférence que voici : « Bon nègre et très honoré confrère, il est d'un esprit supérieur d'avoir quitté le Zoulouland, pour venir vous instruire jusque chez vos ennemis et maîtres. Sans être bien fixé sur l'état des sciences médicales dans les environs du Cap, votre chère patrie, je puis vous dire que chez nous tout va pour le mieux dans le meilleur des cosmos, et que là médecine sera bientôt la plus commode et la plus limpide de toutes les sciences. Nous n'avons plus le moindre embarras ni le moindre doute sur les causes et l'origine des maladies, car nous savons maintenant que tout cela, c'est la faute aux microbes. Vous ignorez peut-être ce qu'on entend par microbes ? Si vous voyagez un peu sur le continent, vous 'ap-

3° Qu'enfin il faut rechercher avec un soin minutieux, dans tous les points du système veineux périphérique, *même quand rien ne l'aurait indiqué pendant la vie*, l'origine des caillots anciens trouvés dans les branches de l'artère pulmonaire et ayant pu amener une mort plus ou moins subite; la thrombose pulmonaire, en pareil cas, *si tant est qu'elle existe quelquefois*, étant plus que douteuse.



prendrez sans peine, et vous trouverez des gens qui vous feront voir du bouillon décomposé, de la gélatine moisie, ou des lapins empoisonnés, d'où ils vous déduiront, clair comme le jour, que ce sont les microbes qui sont la cause de toutes les maladies, y compris la phthisie pulmonaire; celle-ci doit vous intéresser tout particulièrement, en raison des ravages qu'on lui attribue sur les races de votre couleur. Nous ne savons pas encore le moyen de tuer tous les microbes; mais en attendant cette extermination, qui sera la fin de la médecine, c'est déjà quelque chose que d'avoir réduit la besogne à cette extrême simplicité; qui se fût jamais douté que Lhomond formulât toute l'hygiène et toute la prophylaxie de l'avenir, dans cet exemple inoffensif de sa grammaire latine : *Puer, abige muscas ?* »

***

Dûment convaincu par ce discours du prochain couronnement de notre édifice médical, le confrère exotique serait peut-être fort surpris, s'il pouvait suivre les changements de nos modes. Il en est qui doivent changer, pour le plaisir des yeux et l'agrément d'une foule de gens, les habilleurs et les habillés. Peu importe du reste qu'il y ait plus ou moins d'ampleur, de plumes, de plis, de volants aux vestons, aux chapeaux, aux corsages, aux jupons : ce sont des modifications de surface, qui ont peu de chose à voir avec l'hygiène.

Mais il est d'autres *applicata*, qui enferment certaines parties du corps d'une forme bien déterminée, et qui pourtant subissent les alternatives les plus opposées sous ce rapport. Honni soit qui mal y pense! car c'est des chaussures qu'il s'agit. Je ne parle pas de la chaussure des femmes; sur ce terrain là, les fantaisies et les extravagances de la mode n'ont pas de limites et m'entraîneraient trop loin; les fautes contre l'hygiène y sont aussi des plus accentuées et

Fig. I. Division inférieure ouverte de la branche gauche de l'artère pulmonaire. — *a.* Caillot fibrineux oviforme, indépendant. — *b.* Deuxième caillot fibrineux, long, coudé sur un éperon artériel, indépendant. — *c. d.* Les deux extrémités de ce caillot coudé. — *e. f.* Troisième et quatrième caillots fibrineux plus petits, indépendants également (1).

Fig. II. Veine crurale droite ouverte. — *a.* Veine crurale profonde. — *b. c.* Les deux moitiés séparées du même caillot fibrineux. — *d.* Sa naissance dans un nid valvulaire. — *e.* Son extrémité irrégulière, comme cassée. — *f.* Valvule veineuse distendue. — *g.* Orifice de la veine crurale profonde. — *h.* Caillot fibrineux oviforme contenu dans la valvule ci-dessus. — *i.* Valvule veineuse libre et flottante. — *j.* Valvule voisine distendue. — *k.* Caillot fibrineux oviforme contenu dans cette valvule.

(1) On ne saurait vraiment trop multiplier les dessins qui représentent des embolies pulmonaires, quand on voit le lecteur exposé à s'en faire une idée absolument fausse, s'il regarde la mauvaise planche du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, à l'article *Embolie pulmonaire*, t. XXIX, p. 347. Ajoutons toutefois que cette planche, qui semble représenter grossièrement un caillot agonique, a été imposée par les éditeurs à notre collègue et ami Balzer, auteur de l'article en question.

REVUE DE CLINIQUE MÉDICALE

DU RÔLE EN PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX SYMPATHIQUE.

d'après M. le docteur LONG-FOX.

Bien vaste est assurément le domaine des fonctions du système nerveux sympathique dans l'étiologie et la pathogénie des divers processus morbides. Ce sujet de leçon devait tenter un clinicien; aussi M. le docteur Long-Fox en a fait l'objet d'une récente « Bradshawe-Lecture » dont le journal *The Lancet* (26 août 1882) a publié le compte rendu.

Dans cet exposé, une part plus grande et plus équitable devait être faite, il me semble, aux médecins français. Moins bruyants peut-être que ceux de certaines individualités des pays voisins, les travaux de nos compatriotes ont tout aussi largement contribué au progrès de la neuro-pathologie générale. Ces réserves une fois faites, on peut suivre avec intérêt M. Long-Fox dans son exposé de la pathologie et du rôle pathogénique du système nerveux sympathique.

L'indépendance relative que possède ce système, vis-à-vis du système nerveux cérébro-spinal, est un fait d'importance majeure au point de vue physiologique. Mise en évidence par Cl. Bernard et Parkes, par les travaux de Gœltz et de M. Vulpian, cette indépendance résulte également du mode de développement du fœtus. Ce dernier arrive au terme de la vie intra-utérine, armé pour ainsi dire de tous les organes qui président aux fonctions de la vie orga-

---

notre distingué confrère Onimus a fait connaître les fâcheux effets des instruments de torture dont se chaussent les femmes, sur l'innervation des membres inférieurs, et jusque sur la moelle.

En ce qui nous concerne, on nous fabriquait jadis des chaussures dont l'extrémité allait en s'élargissant, et figurait comme une spatule qui nous donnait une apparence de palmipèdes; aujourd'hui, au lieu de ce rectangle, c'est une pointe, et la forme générale des souliers à la mode est exactement celle d'un fer de lance. Il faudrait cependant s'entendre, et arriver à quelque chose de plus précis comme adaptation entre le contenant et le contenu: la forme des pieds ne varie pas, pourquoi celle des chaussures passe-t-elle d'un extrême à l'autre? C'est un point capital dans l'hygiène du vêtement, étant données les affections ou infirmités si variées dont les pieds peuvent-être le siège, et auxquelles les imperfections de la chaussure contribuent si souvent. Il y a vraiment une pathologie spéciale pour ces appendices, dont on a dit justement que la plante la plus utile à l'homme, c'était la plante des pieds. Je rappelais tout à l'heure les troubles nerveux et musculaires constatés chez les femmes, par suite des efforts et des difficultés de la marche avec des talons trop hauts et placés trop en avant. C'est encore la moindre des choses, et voyez en outre tout ce qui peut nous arriver de fâcheux dans la même région : les cors aux pieds, ce supplice narquois, digne de l'Enfer de Dante; l'ongle incarné, justiciable de la chirurgie, pour aboutir à une véritable mutilation; le mal perforant, cet avant-coureur bizarre des plus graves altérations du système nerveux; les ténosites crépitantes, qui affectent les gaînes ou les enveloppes celluleuses des péroniers, du tendon d'Achille ou des extenseurs; et les varices, avec leurs interminables ulcères; et la goutte, qui choisit le gros orteil pour une de ses manifestations maîtresses; etc., etc. C'est un volume qu'on ferait, rien qu'avec la pathologie des extrémités inférieures.

nique, tandis qu'il est pourvu seulement d'un système cérébro-spinal rudimentaire et incomplet. Cette considération et surtout les propriétés physiologiques du nerf grand sympathique font mesurer l'importance clinique des altérations pathologiques de ce nerf, observées par Fox, Fournier, Morselli, Calometti, Giovanni et d'autres encore.

Certes, aucune des théories qui ont été émises n'est à l'abri des objections. Souvent elles ont pour base une mauvaise interprétation ou une imprudente amplification des faits. C'est ainsi qu'on a voulu à tort, dans la phthisie pulmonaire, donner le rôle pathogénique principal au système nerveux sympathique et aux ganglions correspondants au poumon malade.

Dans cette affection, cependant, les lésions du système nerveux sont secondaires. Elles peuvent intervenir, non pas comme cause efficiente des altérations morbides tuberculeuses, mais acessoirement seulement dans la pathogénie de certains symptômes, tels que la rougeur du visage, la diaphorèse, les palpitations cardiaques ou la diarrhée. En l'absence d'altérations anatomiques des ganglions nerveux sympathiques, on peut admettre leur irritation.

Dans une communication au Congrès médical de Londres, le docteur Wilks a établi le rôle du ganglion cervical inférieur comme centre nerveux réflexe. C'est ainsi que, par l'intermédiaire du ganglion cervical, une émotion vive donnera lieu à la rougeur de la face, ou bien retentira sur les nerfs cardiaques et viscéraux, sur le plexus abdominal et en particulier sur le plexus vésical. Réciproquement, l'irritation des divers plexus nerveux et en particulier des plexus pelviens, par l'intermédiaire du sympathique, peut provoquer des phénomènes émotionnels. On observe ce fait dans la neurasthénie et les autres maladies analogues. On connaît les exemples cités par le docteur Wilks, de manie sympathique causée par des tumeurs abdominales, des hernies ou des abcès du cœcum.

Dans la pathogénie des inflammations, le rôle du grand sympathique est le suivant : 1° Le point de départ est une excitation quelconque, une piqûre par exemple, ou bien l'application d'un corps froid, ou bien encore un foyer septique ; 2° Les nerfs centripètes, sensitifs ou non, sont excités plus ou moins vivement ; 3° Ils transmettent l'excitation aux centres nerveux correspondants ; 4° L'activité — « tonique » — de ces centres est donc modifiée et plus ou moins suspendue ; 5° De là, une diminution ou une inhibition fonctionnelle des tissus et des vaisseaux qui sont sous la dépendance de ces centres ; 6° Conséquemment, ils se dilatent plus ou moins et ces troubles vaso-moteurs président au développement de l'état inflammatoire.

Mais ces troubles fonctionnels ne constituent pas seuls les phénomènes de l'inflammation. Les vaisseaux, dont l'innervation a été ainsi modifiée, s'encombrent de sang, ont une circulation plus lente, qui a pour résultat l'émigration plus facile des leucocytes dans les tissus voisins et une altération de la nutrition interstitielle.

Ces modifications sont-elles accomplies ? La vitalité des cellules devient moindre, leur vulnérabilité plus grande ; de plus, ces éléments anatomiques sont alors plus impressionnables aux agents morbigènes, qu'ils interviennent alors par voie réflexe, comme l'excitation thermique, par exemple, ou bien par une voie directe des germes infectueux existant dans le sang.

Sans compter cette infirmité incurable qui a aussi son siège dans les pieds, et qui consiste à les mettre dans le plat.

Les mieux inspirés, en fait de chaussures, sont peut-être les Japonais avec leur petit tréteau en bois sur lequel le pied est maintenu par une tresse, ou bien les ordres religieux où le soulier est réduit à une semelle fixée à la jambe par des liens. Malheureusement, ces modes ont peu de chances d'être adoptées comme usage général.

J'oubliais tout à l'heure, dans la nomenclation des maux, grands ou petits, qui nous prennent par la patte, le froid aux pieds, qui est aussi une souffrance non-seulement de l'hiver, mais de toute l'année, pour beaucoup de gens. A ce propos un mien client, qui avait eu froid aux pieds toute sa vie, m'a annoncé triomphalement qu'il avait trouvé le remède si longtemps cherché. Je vous livre son secret que vous pouvez essayer à peu de frais : il consiste tout simplement à s'envelopper le pied, avant la chaussette, d'une feuille de papier, morceau de journal quelconque, peu importe la nuance. Mon client m'a chanté merveille de cette petite trouvaille, grâce à laquelle je souhaite de faire d'autres heureux pendant l'hiver qui vient.

***

Il paraît qu'il se publie 785 journaux de médecine dans le monde entier; ce qui rend bien humiliant le petit nombre d'abonnements auquel il faut se restreindre, faute de pouvoir ni en payer ni en lire davantage. Que nous sommes loin de l'âge heureux où toute la médecine tenait dans les livres d'Hippocrate! On ne se figure pas tout ce qui s'imprime au Canada, au Chili, au Brésil, etc., sur les nerfs du péritoine, sur les micrococcus du furoncle, sur les diverses façons de couper la moelle aux cobayes, soit en long, soit en travers. Il est de fait que, dans

Ce n'est pas seulement à titre de phénomène initial que la paradysie vaso-motrice joue un rôle dans la pathogénie de l'inflammation; elle peut être aussi secondaire et résulter d'une autre cause. Que des troubles nutritifs préexistent dans un organe; ce dernier deviendra plus vulnérable aux influences extérieures qui, à leur tour, par voie réflexe, augmenteront les altérations trophiques. De là l'origine des œdèmes et des congestions nerveuses, de là aussi la production de l'hyperhidrose.

La sécrétion sudorale ne dépend pas seulement des nerfs vaso-moteurs, elle est aussi soumise aux nerfs sécrétoires qui ont leur origine dans la moelle épinière, par les *rami communicantes* des ganglions du sympathique. L'hyperhidrose est donc due à la paralysie de ces fibres inhibitoires. C'est là du moins une conséquence qui résulte des cas d'éphidrose unilatérale dans lesquels on a noté des lésions du sympathique.

Le rôle du sympathique dans la paralysie générale des aliénés, dans les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière dans les troubles oculaires est en rapport avec les résultats de l'expérimentation. On connaît aussi la théorie vaso-motrice de l'épilepsie (1) et l'expérience classique de Brown-Sequard, produisant le « *petit mal* » par la compression du sympathique cervical. Qu'on adopte ou non cette théorie, il n'est pas moins certain qu'un grand nombre de phénomènes épileptiformessont sous la dépendance du grand sympathique.

Il existe encore d'autres affections dans lesquelles les troubles de l'innervation sympathique ont un rôle manifeste; tels sont : l'hémicrânie, le goître exophthalmique, l'hémiatrophie progressive du facial.

Nul besoin d'insister sur les symptômes si connus des deux principales formes d'hémicrânie, mais on sait quelle est, dans cette affection, l'importance des phénomènes oculo-pupillaires dépendant du sympathique cervical ou de la moitié correspondante de la région cilio-spinale de la moelle. De là, d'ailleurs, l'heureux emploi de la caféine (2), de la quinine, du guarana et de l'ergot dans les formes paralytiques d'hémicrânie; du nitrate d'amyle et des inhalations d'acide carbonique dans les formes spasmodiques.

Dans la maladie de Graves, Eulenburg et Guttmann placent l'exophthalmie sous la dépendance de ce nerf, attribuent les lésions du corps thyroïde à une parésie du sympathique cervical et les palpitations de cœur à une action réflexe sur les ganglions automoteurs du cœur, par afflux de sang considérable dans les artères coronaires dont les vaso-moteurs sont paralysés. Cette théorie est loin d'être à l'abri de toutes les objections.

Bien moins hypothétique, assurément, est l'influence du sympathique dans la pathogénie de l'hémiatrophie faciale progressive. Ici, cependant, il faut tenir compte des troubles nerveux

(1) Henri Huchard. *Traité des névroses*, art. *Épilepsie*.

(2) Voir les récentes discussions sur la caféine à la Société de thérapeutique, et l'Union Médicale des 12 et 16 septembre 1882. L'action de la caféine est celle d'un médicament probablement vaso-moteur. — C. E.

---

tous les genres de travaux, la production de notre époque a quelque chose d'effrayant; il est dès aujourd'hui impossible de songer à une analyse complète de tous les travaux parus sur n'importe quelle question. Dans cent ans d'ici où mettra-t-on toutes ces collections, et qui osera en affronter le dépouillement? Comme il est admissible que tout ce qui s'imprime n'est pas d'un intérêt de premier ordre pour la science, je propose la fondation d'une espèce de conservatoires qui auraient pour mission de faire disparaître tout ce qui serait reconnu inutile et encombrant. On verrait, dans ces Académies d'un genre tout nouveau, des présidents et des secrétaires, ce qui suffirait déjà à en justifier l'existence. Il est bien entendu que je désigne moi-même les présents feuilletons pour le premier sacrifice, heureux d'alléger d'autant les archives de l'avenir.

Lubanski.

Des sachets de carbonate d'ammoniaque contre la bronchite. — Melsens.

Connaissant les bons effets de l'atmosphère des étables dans la phthisie pulmonaire, effets qu'on attribue généralement, avec raison, aux émanations de carbonate d'ammoniaque, l'auteur a pensé que la respiration continue, mais modérée de ce sel, pourrait être utile dans d'autres affections des organes respiratoires. A la suite d'une bronchite grave, il se décida à porter sur la chemise, un sachet renfermant de petis blocs de carbonate d'ammoniaque. L'amélioration se manifesta dès le premier jour, et il fut bientôt complètement débarrassé de sa toux. Il en fut de même pour d'autres personnes atteintes de bronchite chronique. — L'emploi des sachets de carbonate d'ammoniaque réalise les conditions naturelles qui se présentent dans une étable, dans une usine à gaz et près des fumerolles des volcans. — N. G.

de la cinquième paire, dont le rôle pathogénique est loin d'être définitivement établi. Il en est de même dans les diverses formes de palpitations nerveuses; l'angine de poitrine qui est souvent une maladie du sympathique ou un phénomène dépendant d'une irritation du sympathique.

On connaît aussi l'influence du nerf dépresseur sur la circulation, le rôle de l'innervation sympathique des vaisseaux dans la pathogénie des anévrysmes et l'influence réciproque du cœur sur la tension vasculaire et de la tension artérielle sur le cœur.

Les névroses vasculaires des membres ont été signalées et étudiées récemment par Weir-Mitchell, Mac-Bride, Alton-Hamilton, en Amérique; par Sturge, à Londres; Seeligmüller, en Allemagne. Dans le myxœdème, Hodden leur fait jouer un rôle important. Telle encore a été l'action du système nerveux sympathique, dans le cas suivant : Une femme de 36 ans est atteinte de cécité de l'œil droit. L'examen ophthalmoscopique est pratiqué par un spécialiste distingué de Londres qui constate l'absence de toute altération des membranes oculaires. On lui arrache la dent canine du côté droit et, aussitôt, cette femme recouvre la vue (3).

Le diabète sucré est souvent sous la dépendance du système sympathique. Il peut avoir pour cause des lésions directes ou réflexes du bulbe, ou bien, même en l'absence de ces altérations, une hyperémie du foie; ou même encore la stase sanguine dans les capillaires de la grande circulation, un trouble dans la sécrétion de la matière glycogène, et dans les qualités du ferment qui la transforme. La paralysie des vaso-moteurs rénaux peut être sous la dépendance d'une lésion localisée à un seul point du plancher du quatrième ventricule et produire le diabète insipide. C'est ainsi qu'on explique l'action quelquefois heureuse, contre cette maladie, de la faradisation du rein ou de l'ergot.

La pigmentation morbide de la peau est encore une altération à laquelle préside le système sympathique. Dans l'expérience de Jaschowitz, les filets sympathiques de la rate ayant été sectionnés, on observe un dépôt pigmentaire hématique dans le tissu splénique. De là, sans doute, les rapports entre l'anémie qui accompagne la pigmentation et la destruction des globules rouges dans la cachexie splénique. Cet état pathologique du sang dû à des lésions des viscères ou des plexus nerveux abdominaux peut aussi résulter parfois d'un choc nerveux, donnant lieu à la stase sanguine, autre facteur important de toute pigmentation pathologique.

C'est encore une lésion des ganglions du sympathique abdominal qui, par action réflexe sur les vaisseaux encombrés de sang ralentit la circulation et détermine la pigmentation intense de la maladie de Hodgkin, de l'anémie pernicieuse et de la sclérose cérébro-spinale. Gueneau de Mussy n'a-t-il pas signalé la pigmentation de la face dans la phthisie, comme un signe de tuberculisation abdominale? Telle est encore la pigmentation produite expérimentalement par l'irritation du plexus solaire, ou observée cliniquement dans certains cas de tumeurs cancéreuses abdominales. Telle est enfin la pigmentation par irritation utérine dans la grossesse. De même nature aussi, était assurément le cas de Swayne qui, chez une femme enceinte, observa une pigmentation localisée aux bras et aux mains (1).

Enfin, dans la maladie d'Addison, on a expliqué les troubles morbides de la manière suivante: 1° lésions du sympathique; 2° inflammation des capsules surrénales; 3° paralysie des plexus vaso-moteurs du sympathique, consécutive à cette inflammation et ayant pour conséquence des troubles circulatoires; 4° conséquence de ces phénomènes se traduisant par l'anémie, les altérations trophiques, la couleur bronzée de la peau et une altération secondaire du sang.

On peut donc conclure de ces faits que l'action directe ou indirecte du système nerveux sympathique est incontestable dans la congestion, l'hyperhidrose, certaines formes d'angine de poitrine, les névroses vaso-motrices des extrémités, la gangrène vaso-motrice symétrique, dans quelques variétés d'anévrysmes et d'albuminurie, dans le diabète sucré et insipide, dans les troubles hystériques et neurasthéniques, dans les phénomènes d'origine émotive, la pigmentation, et par conséquent la maladie d'Addison. Ce système nerveux prend une part secondaire, mais effective, néanmoins, dans l'inflammation en général, et même dans les inflammations localisées des divers organes, dans la fièvre, l'hémicrânie, le goître exophthalmique, l'hémiatrophie faciale progressive et l'épilepsie. Enfin, on doit admettre que certains troubles

(3) Tel est encore le cas d'un malade en puissance de tuberculose pulmonaire. Des troubles gastro-intestinaux se déclarent subitement (vomissements porracés, douleurs abdominales profondes, etc., etc.) et s'accompagnent de congestion oculaire, d'augmentation de la tension intra-oculaire, de diminution de l'acuité visuelle. L'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune lésion anatomique. Tout à coup ces troubles divers cessent, l'évolution tuberculeuse pulmonaire suit son cours, la vision redevient normale et les troubles digestifs disparaissent.

C. E.

(1) *Transactions of the obstetrical Society.*

cardiaques, la sécrétion sudorale, la diarrhée, la régularisation de la circulation par les nerfs abdominaux sont sous la dépendance plus ou moins directe du grand sympathique.

Ch. ELOY.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

La partie originale des *Annali universali di medicina e chirurgia* (fasc. 781), reproduit *in extenso* un mémoire de M. le professeur Adolphe CASALI, sur les principes basiques des matières animales putréfiées.

D'après les recherches de l'auteur, *les ptomaïnes ne sont pas des alcaloïdes comparables aux vrais alcaloïdes des plantes* :

1° Par leur mode de formation;

2° Par leur grande instabilité moléculaire, à la chaleur, à l'oxygène, et à l'acide sulfurique;

3° Parce qu'elles ne sont pas aptes à fournir, comme les alcaloïdes proprement dits, des chloro-platinates et des chloro-aurates insolubles.

Les ptomaïnes doivent être considérées comme des combinaisons amidiques :

1° Parce que dans la putréfaction le travail de désassimilation se continue dans les dérivés des matières albuminoïdes (ptomaïnes physiologiques); ces dérivés sont représentés par des amides de diverse nature et par des combinaisons voisines;

2° Parce que les ptomaïnes ont une fonction chimique généralement double;

3° Par leur action réductrice rapide, énergique et constante, qui s'exerce sur divers réactifs et en particulier sur le chlorure d'or;

4° Parce qu'elles mettent constamment en liberté l'azote par l'action des oxydes, y compris l'acide nitrique et le nitrate de potasse.

M. le docteur MARGARY a présenté à l'Académie de médecine de Turin, dans la séance du 30 juin 1882 (in : *Giornale della R. academia di medicina di Torino*), un malade âgé de 5 ans, affecté quelques mois auparavant de pieds bots equin-varus.

Vainement la ténotomie avait épuisé ses ressources, ainsi que le redressement dans un appareil spécial; M. le docteur Margary dut pratiquer une ostéotomie cunéiforme du tarse. Le succès fut complet, tant au point de vue fonctionnel qu'esthétique.

Un autre fait chirurgical a donné à cette séance un intérêt particulier.

M. le docteur J. BEISONE, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Pignerol, a lu l'observation d'une tumeur solide de l'abdomen qui pouvait être prise pour un rein flottant en état de suppuration. Ce néoplasme fut extrait par une laparatomie et la guérison suivit. Peu de temps après, il se développa dans la même région un kyste volumineux dont le drainage et des injections détersives finirent par triompher.

Dans une lettre adressée par M. le docteur GRILLI, à M. le professeur André Simi (*L'Imparziale*, n° 45), ce médecin constate qu'après une enquête ministérielle très sérieuse, la pellagre existe encore dans des proportions inquiétantes dans la province florentine. Il ne peut se produire d'amélioration sérieuse, d'après l'auteur de cette lettre, qu'autant que les municipalités suivront l'exemple de Brescia qui a accordé, aux pellagreux sortant de l'hôpital, un subside en nature un mois encore après leur *exeat*; ce temps est à peine suffisant pour rendre un peu de vitalité à ces malheureux. Les récidives ont été beaucoup moins nombreuses à l'hôpital de Brescia que partout ailleurs; cela mérite de fixer l'attention de tous ceux qui s'occupent d'hygiène publique.

Parmi les travaux originaux parus dans la *Gazette des hôpitaux de Milan*, nous signalerons un projet d'étude de M. le professeur G. SILVESTRINI sur un nouveau moyen de guérison de la tuberculose pulmonaire.

Partant de ce principe, qui n'est pourtant pas encore un axiome, que le tubercule est un produit de contagion et rappelant à ce sujet les travaux de Koch, sur l'existence probable d'un parasite spécial à cette maladie, l'auteur établit de suite la base sur laquelle le médecin devra concentrer tous ses efforts.

Voici en quoi consiste la nouvelle méthode. La contagion étant admise, l'isolement doit être rigoureusement observé, et comme il s'agit de microbes à détruire, les précautions listériennes les plus minutieuses sont de rigueur, ce qui n'empêche nullement d'administrer le traitement classique par les toniques.

Le malade est d'abord purifié par un bain phéniqué, puis il est conduit dans une chambre

ad hoc, où il doit séjourner pendant toute la durée du traitement. Ce *buen retiro* est bien l'idéal du genre; les murs, le plancher, les meubles, le linge, tout est d'une propreté scrupuleuse en même temps que soumis à un lavage phéniqué ou salicylé. Les fenêtres sont dépourvues de leur vitrage qui est remplacé par une espèce de store en gaze phéniquée clouée sur le châssis. Dans l'épaisseur de cet écran d'un nouveau modèle, a été introduit une épaisseur de 2 ou 3 centimètres de coton cardé désinfecté. Les persiennes extérieures protègent ces fenêtres en cas de pluie. L'air arrive ainsi dans la chambre parfaitement pur, il se tamise en passant au travers du filtre antiseptique.

D'autre part, les portes sont munies de portières phéniquées et les moindres interstices du parquet sont remplis de bourre préparée de la même façon.

La première impression du patient, paraît-il, serait agréable et bientôt sa respiration deviendrait plus facile. Jusqu'à présent, les faits de M. le professeur Silvestrini sont trop peu nombreux pour permettre de porter un jugement sur sa méthode qui entrera difficilement, nous le craignons, dans la pratique hospitalière.

Deux cas nouveaux de mort à la suite de la transfusion par la méthode de Ponfick, c'est-à-dire par l'injection du sang défibriné dans la cavité abdominale. Ces deux observations appartiennent à M. le docteur Jules Dozzi, chirurgien à Motta. (*Gaz. med. ital. provin. Venet.*)

Il a été publié en Italie vingt-sept cas de transfusion sous-péritonéale depuis le travail de Ponfick. Sur ce nombre, il n'y a eu que quatre résultats à peu près satisfaisants, c'est peu pour un si grand nombre de tentatives.

Frappé de cette mortalité excessive, et ayant encore moins confiance dans les transfusions faites par le procédé ordinaire, M. le docteur Dozzi, eut l'idée de substituer aux injections sous péritonéales des lavements de sang frais défibriné au moyen de l'entéroclysme, dont la force de projection permet de faire parvenir le liquide jusqu'à la valvule ileo-cœcale, ce que donne une large surface d'absorption.

Quelques essais ont réussi. Les lavements nutritifs du codex, ceux dans lesquels il entre des peptones, etc., se rapprochent beaucoup du procédé de l'auteur; nous ne sachions pas néanmoins qu'on ait jamais essayé par cette voie de faire absorber du sang dans le but de remplacer immédiatement, et sans aucune transformation, les éléments constitutifs de ce liquide.

Une grossesse extra-utérine tubo-abdominale a pu être très habilement diagnostiquée sur le vivant par M. le professeur V. Maggioli. La malheureuse femme qui en était affligée mourut des désordres qui se produisirent au terme de l'expulsion, sans qu'on ait tenté aucune opération pour la délivrer et cela sur le refus absolu de la famille.

L'autopsie confirma le diagnostic et montra par l'étendue des lésions l'inutilité des efforts qu'on eut pu faire pour sauver cette infortunée. (*Gaz. med. ital.*)

La néphrectomie extra-péritonéale. — Sous ce titre, M. le docteur L. Brichetti, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Varèse, donne une étude intéressante des expériences qu'il a pratiquées sur des chiens.

Aucun accident n'a empêché la guérison de se produire dans un temps très court, ce que l'auteur attribue à la précaution qu'il prit de ne pas appliquer de clamp sur le pédicule du rein et de faire séparément la ligature des vaisseaux et de l'uretère. La néphrotomie expérimentale a également donné à ce chirurgien de très beaux résultats.

L'auteur conseille, en conséquence, de pratiquer sur l'homme l'incision du rein ou néphrotomie, contrairement à la néphrectomie vantée par Billroth, dans les cas de suppuration abondante de cet organe, par suite de plaies d'armes de guerre. Le drainage et des injections antiseptiques constitueront après cela tout le traitement.

La néphrectomie doit être réservée pour les tumeurs du rein de mauvaise nature. On se souviendra pourtant qu'il existe dans la science plusieurs observations où cette opération a été pratiquée pour des cas en apparence moins graves, tel est le fait, par exemple, qui a été publié par M. le docteur A.-W. Smyth de la Nouvelle-Orléans. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, août 1879). Il s'agissait de combattre des accidents nerveux des plus sérieux entretenus par un rein flottant.

Le fascicule III des archives italiennes pour les maladies nerveuses donne l'histoire d'une grosse tumeur sarcomateuse de la base du crâne, qu'une malade de M. le docteur Funajoli, médecin aliéniste, portait depuis plusieurs années. Ce néoplasme pesait 145 grammes et avait le volume de la tête d'un fœtus de six mois.

Ce qu'il y a de très curieux dans cette observation, c'est que la malade ne fut affligée d'aucune paralysie ni d'aucune lésion de la sensibilité ni de la motilité pendant toute la durée de

sa vie et malgré la destruction à peu près complète des lobes cérébraux. Elle était toutefois devenue lypémaniaque, puis démente et avait des hallucinations.

Ce cas bien rare a fourni à M. le professeur Philippe Lusana des considérations cliniques de haute valeur que la *Gazette médicale de Venise* a relatées dans le n° 30 du 29 juillet.

— Billroth, en 1869, découvrait d'une façon empirique la valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, sans y attacher une importance aussi grande que cette question semble prendre aujourd'hui. Nussbaum, en 1872, a publié sur le même sujet un travail original et en a fait un des chapitres les plus attachants de clinique chirurgicale, dont l'avenir paraît plein de promesses.

M. le docteur Jean Fioranni (in : *Gaz. med. ital. Lombardia*, n° 32), après avoir exposé l'historique de l'élongation des nerfs, discute les indications auxquelles répond la nouvelle méthode. L'auteur a obtenu un succès en allongeant le nerf crural, dont une des branches était emprisonnée dans le tissu cicatriciel d'un angiome caverneux du triangle de Scarpa, guéri par les injections de perchlorure de fer.

Naples, la plus populeuse ville de l'Italie, en même temps qu'elle est la plus belle et la mieux située dans un golfe admirable, ne possède pas encore d'hospice sur le littoral pour le traitement estival de ses petits scrofuleux.

Il est question, en ce moment, d'affecter à cet usage le château de l'Œuf que les touristes connaissent bien et dont la forme gracieuse et fière apparaît non loin du port de Sainte-Lucie. Cette forteresse est déclassée depuis longtemps et ne sert plus même de prison d'Etat. Elle n'a que l'inconvénient d'être trop près de la ville; mais il sera facile, quand on voudra, de trouver dans les environs de la ville, voire même dans ses îles délicieuses, l'emplacement nécessaire à un établissement de ce genre, devenu d'absolue nécessité.

M. le professeur Borelli a proposé d'employer, à l'édification du nouvel hôpital, les fonds recueillis dans la province pour l'érection d'un monument à la mémoire de Victor-Emmanuel. Le grand roi n'eût pas désavoué de son vivant cette proposition philanthropique; il y a donc lieu d'espérer que la municipalité napolitaine se décidera à combler la lacune qui existe dans les services hospitaliers de sa vaillante cité. (*Gaz. degli ospit. di Milano*, n° 65.)

Dr G. Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gosselin présente une note de M. Desprès, *Sur une nouvelle amputation du membre supérieur*.

« Dans les cas de broiement de l'épaule avec une large plaie, des chirurgiens anglais et un chirurgien français, M. Parise, ont pratiqué l'ablation du bras avec l'omoplate qu'ils ont enlevée par morceaux; c'était en réalité une régularisation d'une plaie avec résection de l'omoplate. D'autres chirurgiens ont enlevé le bras d'abord, puis ont enlevé ensuite l'omoplate, tout ou partie à plusieurs semaines ou mois d'intervalle.

Pour un cas d'ostéosarcome de l'omoplate, j'ai conçu et exécuté avec succès l'*amputation de l'épaule*, c'est-à-dire l'ablation du bras avec l'omoplate et une partie de la clavicule.

Voici le procédé opératoire que j'ai employé :

Premier temps. — Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes par le procédé classique; ligature double, afin de se prémunir contre les hémorragies secondaires.

Deuxième temps. — Incision en raquette partant du milieu de l'espace qui sépare la saillie des apophyses épineuses des vertèbres, du bord interne de l'omoplate, au niveau de l'épine de l'omoplate, en suivant le dos, contournant la partie saillante de l'épaule et passant sous l'aisselle au milieu des poils, puis revenant sur le dos rejoindre l'incision près du point de départ.

Troisième temps. — Dissection d'un lambeau supérieur sans communiquer avec la plaie de la ligature sous-clavière.

Quatrième temps. — Section de la clavicule aussi près que possible de sa partie moyenne.

Cinquième temps. — Ligature de la veine axillaire.

Sixième temps. — Détacher l'omoplate en sectionnant le grand et le petit pectoral et le grand dorsal, et en coupant ensuite les muscles, insérés sur l'omoplate, que l'on sectionne en luxant cet os en arrière.

On lie la scapulaire commune si elle donne encore. On réunit ensuite la plaie à l'aide d'une suture, sauf dans l'angle qui correspond à l'aisselle.

Les dangers de cette opération consistent ; 1° Dans la perte abondante de sang veineux 2° dans la possibilité de l'entrée de l'air dans la veine axillaire ; mais ces accidents ne sont pas infailliblement mortels. Chez mon malade il y a eu une syncope et un état asphyxique avec écume aux lèvres, qui n'étaient point toutefois liés à l'absorption du chloroforme : le malade est revenu à lui. En le plaçant la tête en bas, nous avons vu la respiration se rétablir régulièrement.

Une complication ultérieure se présente aussi : l'extrémité de la clavicule fait saillie sous la peau et finit par la perforer. Mais je pense qu'il vaut mieux subir cette complication que d'enlever la totalité de la clavicule. En effet, sans compter que la plaie de la ligature serait alors confondue avec la plaie de l'amputation, et pourrait participer à la suppuration qui ne manquerait pas de gagner la poitrine, il y a intérêt à conserver un peu de la clavicule pour couvrir la partie supérieure du thorax.

Cette opération convient dans les cas de cancer de l'omoplate ; elle est moins grave que l'ablation de l'omoplate en laissant le bras. Elle convient encore dans les cas de tumeur blanche de l'épaule avec lésions étendues de l'omoplate. Chez les sujets âgés de moins de vingt-cinq ans, elle donnera des succès nombreux.

Comme pansement, l'immobilisation de la plaie avec une large bande de diachylum est ce qu'il y a de mieux pour huit jours ; plus tard j'ai employé les cataplasmes et le pansement simple. Le malade, opéré le 19 juin, a eu sa plaie tout à fait cicatrisée le 19 août. Il attend aujourd'hui la confection d'un membre articiel. »

—

M. le Président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Liouville, membre de la section d'astronomie décédé le 8 septembre.

Les obsèques ont eu lieu le 11 septembre.

M. le Président, avant de lever la séance s'est exprimé en ces termes :

« L'Académie est cruellement frappée ; elle a perdu un de ses plus anciens membres, que fut un des plus brillants. M. Liouville, que la maladie tenait éloigné de nous depuis quelques temps, est mort subitement vendredi 8 septembre. Sur la tombe, M. Faye, au nom de l'Académie, de la Faculté des sciences de Paris et du Bureau des longitudes, a rappelé les principaux traits de la noble carrière scientifique de M. Liouville. Deux discours ont encore été prononcés : l'un par M. Laboulaye, de l'Académie des Inscriptions et Belles-lettres, administrateur du Collège de France, l'autre par le représentant de l'École polytechnique. Le monde savant est profondément affecté de la perte si regrettable qui l'atteint ; interprète du sentiment général de l'Académie, je lève la séance. »

COURRIER

Legs. — M. le docteur Woillez vient de léguer aux deux Associations charitables des médecins de France la nu-propriété d'un titre de 1,500 francs de rente, dont sa veuve conserve l'usufruit. Le généreux donateur a affecté, sur ce titre, 1,000 francs de rente à l'Association des médecins de la Seine, et 500 francs à l'Association générale des médecins de France.

Nécrologie. — Le *Journal de médecine de l'Algérie*, du mois d'août dernier, nous fait connaître la mort de M. le docteur Gross, médecin de colonisation. Il a succombé aux atteintes de la malaria, dans la région de Tizi-Ouzou. Nous ne pouvons que nous associer à M. le docteur Bertherand et à M. le docteur Batturel dans les éloges de cette nouvelle victime du devoir professionnel, tombant ainsi au champ d'honnehr. — Ch. E.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DEUX CAS DE GANGRÈNE SÈCHE, SUIVIE DE GANGRÈNE HUMIDE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 7 juillet 1882,

Par M. GUYOT, médecin de l'hôpital Beaujon.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société deux observations de gangrène sèche, suivie de gangrène humide survenue dans des conditions bien différentes.

En effet, dans la première observation, la gangrène s'est développée chez un homme de 77 ans, atteint de glycosurie légère et d'endocardite chronique ; dans la seconde observation, chez un homme de 25 ans, atteint de fièvre typhoïde.

Chez l'un, la gangrène a été précédée de douleurs très vives, mais supportables, grâce, il est vrai, aux injections de morphine ; chez l'autre, de douleurs intolérables, malgré les injections calmantes, à tel point que le malade ne cessait de réclamer l'amputation.

Chez le premier, la gangrène humide a eu une marche lente ; chez le second, une marche rapide.

Le vieillard est guéri, après avoir perdu la jambe, que je n'ai eu qu'à détacher de la cuisse par la section des tendons de l'articulation. Le jeune homme a succombé, quatre jours après l'amputation de la cuisse, à une hémorrhagie secondaire provenant d'une petite artériole, alors que tout faisait espérer la guérison.

Chez le glycosurique, la dissection de la jambe a fait constater : l'existence d'un caillot dans l'artère tibiale antérieure et dans la pédieuse, ce qui permet de supposer, comme cause de la gangrène, une thrombose ; chez le typhique, les lésions positives de l'artérite. L'autopsie et l'examen histologique faits avec le plus grand soin par mon interne, M. de Gastel, offrent un grand intérêt par la constatation des lésions de la fièvre typhoïde et de l'artérite ; car, lors du rapport fait en 1857, à la Sociésé de médecine des hôpitaux, par Béhier, sur les deux observations du docteur Bourgeois, le rapporteur n'admettait pas que les malades eussent été atteints de fièvre typhoïde.

Chez le premier malade, j'ai enlevé les tissus sphacélés, au fur et à mesure de la production de la gangrène, afin d'éviter le plus possible l'empoisonnement du malade par la fétidité de l'atmosphère ; et, néanmoins, j'ai dû attendre plus de deux mois pour enlever la jambe. Mais, grâce à la vigoureuse constitution du malade, à son calme, aux pansements antiputrides, la guérison est aujourd'hui obtenue par la production d'une cicatrice sur une surface osseuse.

Chez le second malade, j'ai proposé l'amputation au docteur Labbé, dès que la gangrène m'a parue limitée. et je pense que malgré le résultat malheureux, il y a lieu, en semblable circonstance, de recourir à l'opération.

Après avoir relu avec soin le mémoire du docteur Patry (*Archives de médecine*, 1863), les leçons de Trousseau, la discussion qui a suivi le rapport de Béhier, les articles des nouveaux dictionnaires sur l'artérite, j'ai jugé ces deux observations assez intéressantes pour figurer dans vos *Bulletins*.

OBS. I. — M. A..., 77 ans, me fait appeler le 2 février 1880 pour de vives douleurs depuis plusieurs jours dans la jambe droite. M. A... étant affecté depuis plusieurs années de glycosurie et d'endocardite chronique, j'examine le pied et la jambe avec le plus grand soin, d'au-

tant plus que j'ai déjà soigné plusieurs fois ce malade pour des ulcères du pied, qui ont été très difficiles à guérir, et pour des phlébites localisées.

Je constate que le second orteil droit a une teinte un peu violacée et qu'il est à peu près insensible. Les battements de l'artère pédieuse sont très bien perçus. Pas de phlébite.

Traitement : Repos; la jambe étendue recouverte de flanelle imbibée de laudanum et doublée de taffetas gommé. Boules chaudes autour de la jambe.

7 février. Orteils violacés. Disparition des battements dans l'artère pédieuse.

12. Teinte bleue du pied tirant sur le noir, qui indique que le pied sera bientôt momifié.

Douleurs plus vives qu'au début; insomnie combattue avec succès par les injections de morphine.

Quelques jours plus tard, je constatais un œdème notable de la jambe et de longs sillons violacés correspondants aux veines et bientôt des phlyctènes, symptômes de gangrène humide de la jambe succédant à la gangrène sèche du pied.

Au début, tenant compte de la belle constitution du malade, j'avais espéré l'élimination du pied, malgré la glycosurie et l'endocardite ; mais en constatant que la gangrène humide envahissait toute la jambe, je crus M. A... voué à une mort certaine dans une époque assez rapprochée.

Toutefois, je n'abandonnai pas le malade, combattant la douleur et l'insomnie par les injections de morphine, car je suis de plus en plus convaincu que ne pas souffrir et dormir sont, dans toute maladie, deux conditions essentielles pour arriver à la guérison; j'essayai de soutenir ses forces avec de l'eau-de-vie, mais je dus bientôt y renoncer à cause de pyrosis, et je ne fus pas plus heureux avec de l'extrait de quinquina, le vin de Bordeaux, le jus de viande, l'air malgré la rigueur de la saison, les pansements antiseptiques, les pulvérisations d'acide phénique, furent les adjuvants les plus actifs.

Quand les muscles tuméfiés firent hernie à travers une peau gangrenée, j'enlevai les tissus sphacélés dans le but d'enlever en partie les causes d'infection de l'atmosphère et de rendre les mouvements plus faciles à ce pauvre malade installé sur un matalas d'eau et sur un lit mécanique.

Dans les premiers jours d'avril, la peau de la cuisse à 6 centimètres environ de l'articulation devint rouge, et indiqua d'une façon assez nette un travail d'élimination, mais le malade était tellement épuisé, l'aspect du sillon lui-même était si terne que je ne crus pas un instant à la guérison. Cependant je luttais avec toutes les ressources possibles contre la dyspepsie, et j'avais le bonheur de procurer de bonnes nuits avec des doses modérrées de morphine.

Le 21 avril, j'enlevai la jambe avec l'aide de mon interne, M. Leduc, et je n'eus pour ainsi dire qu'à couper les ligaments latéraux et le ligament rotulien au-dessous de la rotule, parce que au-dessus j'aurais dû porter le bistouri dans des tissus vivants, ce que je tenais à éviter. La dissection permit de constater l'existence d'un caillot dans l'artère tibiale antérieure et dans l'artère pédieuse. Quelques jours plus tard, j'enlevai la rotule et une partie des tissus de la cuisse atteints de gangrène.

Il y avait alors une plaie remontant à plusieurs centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du fémur, dans laquelle on voyait les condyles du fémur recouverts de leur cartilage d'une teinte noire, et, à la partie postérieure, une excavation comprenant toute la partie supérieure du creux poplité, offrant encore des lambeaux de peau, de tissu cellulaire et de musle sphacélés.

M. A..., auquel j'avais jusqu'au dernier moment laissé ignorer la nécessité de cette ablation, fut très soulagé, eut beaucoup moins de difficulté à exécuter des mouvements dans son lit; l'appétit revint assez vite, et le moral, que j'avais craint d'abattre par la nécessité de cette ablation de la jambe, était tel que le malade parlait de sa guérison comme un homme qui n'en doute pas; et, à ce moment, M. A... était certainement seul à avoir cette conviction.

Le 10 mai, M. Guérin appelé en consultation juge toute intervention active dangereuse, conseille son mode de pansement, malgré l'existence de tissus sphacélés, et porte un pronostic fatal.

Au bout de quarante-huit heures, l'infection était telle que je revins aux pansements avec une solution d'acide phénique et de chloral et aux pulvérisations phéniquées.

A la fin de mai, les tissus sphacélés étaient éliminés; l'œdème des tissus vivants disparaissait; des bourgeons charnus de bonne nature commençaient à se montrer.

Le 9 août, le malade, sur mon conseil, quittait Paris, allait s'installer à Versailles, où il pût se promener dans une petite voiture : sous l'influence de ce changement d'air, la cicatrisation fit de rapides progrès.

A son retour de Versailles, le 19 octobre, la cicatrisation de la cuisse dans les tissus était à peu près complète; la peau, à la partie antérieure, arrivait à 2 centimètres de la surface

cartilagineuse des condyles, et, en arrière, la cicatrisation était aussi avancée. mais les condyles étaient à nu.

Le 12 novembre 1880, M. A... partait pour Cannes dans d'excellentes conditions de santé, afin de ne pas être obligé de garder la chambre pendant tout l'hiver; et, à son retour, au mois d'avril 1881, je me décidai à enlever peu à peu les cartilages à l'aide d'une cisaille, et j'ai eu la satisfaction de voir se développer des bourgeons charnus un peu pâles qui, bien lentement, ont produit une cicatrisation aujourd'hui à peu près complète, quoique, le 14 juillet 1881, M. A... fut atteint d'un érysipèle qui s'est étendu sur la cuisse et la fesse.

Aujourd'hui, M. A... est guéri et pourrait marcher avec une jambe de bois, si, au moment où l'état était désespéré, il ne s'était formé au talon opposé une eschare, qui a provoqué de la périostite de la surface inférieure du calcanéum; en même temps, il se formait un certain degré de subluxation du pied qui fait que le malade a beaucoup de difficulté à se soutenir sur ce pied, malgré un soulier fabriqué de façon à modifier autant que possible un défaut de niveau. Toutefois, j'espère que, grâce à des exercices avec des barres parallèles, M. A... pourra bientôt marcher avec des béquilles.

Obs. II. — *Fièvre typhoïde : gangrène spontanée de la jambe; artérite.*

Le nommé X..., âgé de 25 ans, terrassier, entre à l'hôpital Beaujon, salle Saint-François, n° 9, le 27 décembre 1881, dans le service de M. le docteur Guyot.

Il est au treizième jour d'une fièvre typhoïde profondément adynamique. Il est déjà beaucoup amaigri : la diarrhée est très-abondante et parfois il a des vomissements. Aucune complication pulmonaire ni cardiaque. A cause de ses vomissements, il est mis au régime lacté.

Le 2 janvier, on est obligé de lui supprimer le lait qui le dégoûte profondément. Malgré que la température soit encore assez élevée, le malade demande toujours à manger. On ne lui donne que du bouillon. Les urines contiennent de l'albumine, mais pas plus que dans la fièvre typhoïde ordinaire.

Le 9. Hier au soir, il a été pris de fortes douleurs dans le mollet et le pied droits, douleurs telles qu'il n'a pu fermer l'œil de la nuit.

Ce matin, nous trouvons le membre inférieur droit beaucoup plus froid que le gauche; on cherche, mais en vain, les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure et c'est à peine si l'on sent les battements de la poplitée. On sent battre très facilement la fémorale, mais cette artère est plus dépressible que celle du côté opposé, l'ondée sanguine est moins forte. En même temps, le membre est pâle et ridé et a perdu une partie de sa sensibilité. Le pied et une partie de la jambe sont complètement insensibles. La limite de l'insensibilité est marquée par une ligne qui passe un peu au-dessus du mollet, remontant un peu plus haut en arrière qu'en avant. Impossibilité de faire remuer le pied ou les orteils.

L'état général du malade est de moins en moins satisfaisant : l'amaigrissement est extrême, les yeux sont caves; son teint est blême. La diarrhée est toujours très forte et il vomit toujours. Le cœur se contracte assez bien; les bruits normaux ne sont pas notablement diminués; aucun bruit anormal.

Le soir, on voit apparaître sur la malléole interne droite un petit piqueté brun noirâtre. A la face interne de la cuisse, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, on voit une large tache de sphacèle, arrondie, qui a les dimensions d'une pièce de 2 francs environ : elle s'est produite à l'endroit où, il y a une dizaine de jours, on a fait une piqûre d'éther.

Le 10. Les douleurs sont toujours aussi vives et arrachent des pleurs au malade : elles occupent surtout le gras du mollet et ne sont pas localisées au trajet des artères. Le pouls est mou et dépressible. L'état local est le même qu'hier.

Le 11. Le pouls devient de plus en plus filiforme; les bruits du cœur sont plus sourds. L'amaigrissement est plus grand encore; le malade prend un aspect terreux; les yeux s'excavent encore davantage et sont soulignés d'un cercle grisâtre. L'alimentation est toujours aussi défectueuse. La jambe droite se couvre de marbrures violettes qui s'étendent depuis le pied jusqu'à la partie moyenne du mollet.

Dans la journée, les douleurs ont été plus vives encore; le malade les rapporte toujours au mollet.

Le soir, la coloration violette de la jambe s'accentue davantage; elle tend à devenir uniforme; au dessus, le membre est gonflé et très douloureux à la pression. On sent toujours à peine la poplitée; la fémorale droite a toujours des battements affaiblis. Les tendons des fléchisseurs du pied se rétractent et forment une série de petites cordes qui soulèvent la peau flétrie.

Le 12, le pouls est toujours aussi misérable. La diarrhée et les vomissements sont arrêtés et hier il s'est un peu alimenté. On examine ses urines : ni sucre ni albumine.

Le 13, impossible aujourd'hui de sentir les battements de la poplitée; les battements de la fémorale vont en diminuant du haut de la cuisse à l'anneau du troisième adducteur où on les sent à peine. Aujourd'hui on voit apparaître nettement le sillon séparant les parties saines des parties violettes atteintes par la gangrène. La faim que le malade accusait ces jours derniers a été vite rassasiée par la légère alimentation d'avant-hier.

Le 14, délire toute la nuit; notre malade a voulu se lever à plusieurs reprises; il a parlé et chanté toute la nuit. Apparition d'un érysipèle de la face; rougeur au pourtour de l'aile du nez avec bourrelet caractéristique; ganglions sous-maxillaires engorgés. Langue sèche.

Le 15, l'érysipèle s'est étendu du nez à la face; il est bien pâle et le gonflement est moindre que celui d'un érysipèle ordinaire. Autour de l'eschare de la cuisse, il s'est développé aussi une zone de rougeur érysipélateuse; la peau est décollée tout autour. La couleur de la jambe s'est modifiée, elle devient d'un gris noir.

Le 16, le mollet, au-dessus des parties frappées par la gangrène, est tuméfié et douloureux; il prend une coloration rougeâtre. On ne voit pas apparaître le sillon d'élimination. L'érysipèle de la cuisse s'est un peu étendu, d'une façon concentrique comme une tache d'huile. La rougeur de la face a gagné les pommettes. On voit réapparaître l'albumine dans les urines.

Le 18, l'état général s'aggrave et le pronostic devient plus sombre. Le malade parle à peine. Son teint devient plus sale, plus terreux encore. Il est impossible de faire prendre aucun aliment. La rougeur de l'érysipèle s'en va. L'eschare de la cuisse est tombée, mais le fond de la plaie s'est recouvert d'une croûte noirâtre.

Au niveau de la ligne ondulée qui marque la limite de la gangrène apparaît une petite phlyctène remplie de sérosité roussâtre; la rougeur et le gonflement de la partie saine du mollet ont augmenté.

Le 19, le malade reste assoupi une grande partie de la journée, il ne répond plus qu'avec lenteur aux questions qu'on lui pose. Etat général toujours aussi mauvais. Les orteils se momifient. L'épiderme se plisse à leur surface; le bas de la jambe, au contraire, est mou et semi-œdémateux.

Le 21, les douleurs, qui s'étaient un peu calmées, sont revenues depuis hier plus fortes que jamais; elles sont localisées à la partie restée saine du mollet. Les orteils se sont complètement momifiés et sont presque noirs; mais le dos du pied et la jambe se sont recouverts de phlyctènes d'où il s'écoule de la sérosité roussâtre ayant assez mauvaise odeur. L'état général ne se remonte pas.

Le 23, les douleurs sont toujours aussi fortes; elles ne sont calmées que par des injections de morphine. On a essayé de l'alimenter hier en le forçant à prendre de la nourriture, mais il a vomi tout ce qu'il avait ingéré. Langue assez sèche.

Le 25, les douleurs sont toujours très fortes. Le malade demande l'amputation avec instance. On a pu lui faire prendre un beefsteack.

Le 27, on commence à voir le sillon d'élimination en arrière; on retire par là des lambeaux de muscles sphacélés ayant une odeur infecte. Les douleurs sont toujours aussi intolérables. Le malade commence à prendre un peu de nourriture depuis trois ou quatre jours.

Le 28, les douleurs sont très fortes et on a peur que le malade ne fasse pas même les frais de l'élimination. On se résigne à intervenir : Amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Le 2 février, le malade allait très bien; la plaie, pansée suivant la méthode de Lister, paraissait même se réunir par première intention. Hier on avait fait le premier pansement, et jusqu'alors le malade n'avait pas eu de fièvre.

Ce matin, à cinq heures, son moignon se met à saigner; il avait déjà perdu beaucoup de sang quand on s'aperçoit de l'hémorrhagie. On va chercher l'interne de garde qui malheusement arrive trop tard. Le malade avait une syncope à laquelle il succomba.

L'*autopsie* faite le lendemain montra tout d'abord les lésions ordinaires de la fièvre en voie de réparation; les ulcérations intestinales étaient encore assez étendues. L'hémorrhagie, cause de la mort, provenait d'une petite artériole de la partie postérieure du moignon dans les environs du sciatique. La fémorale était bouchée par un caillot remontant à 2 centimètres au moins de la ligature et paraissait saine sur toute son étendue.

Voici maintenant quel était l'état de la jambe malade qui fut disséquée deux heures après l'amputation :

Rien dans le système veineux, si ce n'est un léger caillot développé dans la veine saphène externe; les veines fémorale, poplitée et tibiale sont perméables.

Dans les artères, nous trouvons un caillot remontant presque jusqu'à la partie supérieure de la poplitée, caillot noirâtre, adhérent, occupant toute la lumière du vaisseau; au-dessus de ce caillot, l'artère paraît saine.

La longueur de ce caillot est de 2 ou 3 centimètres; au-dessous l'artère est remplie par un

liquide sanieux, jaune rougeâtre, puriforme dans lequel ont a trouvé un certain nombre de globules de pus et une substance granuleuse en grande abondance. L'artère à ce niveau a perdu de son élasticité, elle se laisse étaler et distendre, elle a une coloration plus terne que celle de la fémorale; elle est molle et friable, elle ne paraît pas vascularisée. Ces lésions qui correspondent au creux du jarret s'étendent sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Au-dessous, le calibre des artères est bouché de nouveau par un caillot oblitérant et ancien se prolongeant dans les tibiales et les péronières.

A la jambe, on reconnaît facilement au milieu des masses putrilagineuses les nerfs et les vaisseaux qui paraissent comme disséqués et qui soutiennent comme des cordages les masses musculaires en putréfaction.

L'examen histologique de l'artère a été fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu; la pièce a été durcie dans acide picrique, gomme et alcool.

L'artère fémorale, au niveau de la ligne d'amputation, est absolument saine, elle n'offre aucune altération. Nous trouvons au contraire des lésions d'artérite et même d'artérite très avancée sur la poplitée. Les trois tuniques sont également atteintes et il est impossible de dire quelle est celle qui a été primitivement atteinte.

L'artère tibiale postérieure est saine. Il y a un léger degré de périphlébite de la poplitée, mais très localisée; c'est probablement une lésion secondaire.

Les artères du côté opposé n'ont pas été examinées.

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE PALUSTRE DE LA GARNISON DE BATNA EN 1881,

Par le docteur Regnier, médecin en chef de l'hôpital.

L'épidémie de fièvre typhoïde de la garnison de Batna débute le 11 mai, augmente progressivement jusqu'au mois d'avril et semble terminée en septembre. Une recrudescence se produit en octobre, fournit encore 15 cas, après lesquels nous n'observons plus que des cas isolés.

Le début, la marche et la fin de l'épidémie ont été intimement liés aux mouvements de troupes qui se sont produits dans la garnison.

Le 9e de ligne paie son tribut à l'épidémie un mois après son arrivée, dans la proportion de 10 malades sur 259 présents, soit 4 p. 100. L'épidémie tend à disparaître, lorsque la garnison s'augmente en juillet de 724 hommes appartenant à 4 fractions de corps : 28 sont atteints en juillet et août, fournissant une proportion de 3,8 p. 100. En septembre, nous sommes sur le point de fermer les salles affectées à la fièvre typhoïde, le 90e arrive de Paris et nous donne 15 cas nouveaux. L'effectif étant de 525 présents, ce bataillon paie son tribut dans la proportion de 2,7 p. 100.

Etiologie. — Dès le début de l'épidémie, nous avons étudié avec le plus grand soin toutes les conditions qui sont de nature à favoriser le développement de la fièvre typhoïde.

Observations météorologiques. — La température moyenne des différents mois, maxima et minima, a été de :

Mois.	Temp. minima.	Temp. maxima.	Temp. moyenne.	Pluie.
Avril	0°	34°2	15°26	0,04
Mai	3°	30°	20°73	0,082
Juin	4°	38°	26°8	0,01
Juillet	9°	42°	25°26	0
Août	12°	40°	22°65	0,007
Septembre	4°7	38°6	14°93	0,016
Octobre	2°9	27°7	8°05	0,041
Novembre	— 5°2	23°	5°	0,01
Décembre	— 2°5	14°3	3°6	0,118
Janvier	— 5°6	12°7	5°33	0,08
Février	— 5°7	19°	5°6	0,024
Mars	— 2°8	22°8	8°58	0,053

Pour résumer ce tableau, nous dirons que les chaleurs ont été modérées l'été dernier à Batna, que l'année 1881, pendant les 9 premiers mois, a été sèche et que, depuis le mois d'octobre, nous avons des pluies abondantes qui préparent une récolte exceptionnelle.

Le niveau de la nappe souterraine n'a pas varié.

Les vents se sont fait sentir avec une grande violence dans Batna. Le sirocco, le plus puissant et le plus redouté de tous les vents, balaye la plaine de Batna sans rencontrer le plus petit obstacle. La ville est en effet construite au confluent de trois vallées qui aboutissent à Constantine, à Biskra, à Lambèse, à 6 kilomètres en avant de la ligne de partage des eaux qui se rendent à la mer d'une part et dans le désert de l'autre.

L'espace considérable occupé aujourd'hui par les jardins de Batna formait, il y a 20 ans, un immense marais, qui répandait sur la ville les effluves les plus malsaines, surtout lorsque le vent du sud les portait dans Batna.

Depuis cette époque, ces terrains mis en culture, sont couverts d'une végétation vraiment luxuriante qui a considérablement assaini la ville. Il faudrait pratiquer encore de grandes améliorations pour faire disparaître complètement l'insalubrité de la ville, ainsi que nous allons le démontrer. Les diverses fontaines du camp, les égouts du camp et de la ville se déversent dans une série de rigoles, de ruisseaux destinés à l'irrigation de tous ces jardins. L'eau n'étant pas très abondante est impuissante à entraîner les eaux ménagères, les détritus animaux et végétaux qui s'entassent dans les rigoles.

Le marais de Batna n'a donc pas disparu et les effluves malsaines qu'il répandait autrefois sur la ville, quoique moins actives, n'en sont pas moins redoutables.

Tout le monde sait ici qu'il suffit de se promener le soir dans les jardins pour y contracter la fièvre intermittente. Le sirocco, lorsqu'il souffle pendant quelques jours, détermine des fièvres intermittentes récidivées et quelquefois, mais plus rarement, des fièvres intermittentes de première invasion.

A part ce voisinage fâcheux et les dispositions de l'irrigation combinée avec un système d'égout primitif, la ville de Batna est relativement saine. Située sur un immense plateau de l'altitude de 1063 mètres, elle emprunte sa salubrité à la vivacité, à la raréfaction de l'air, au voisinage des grandes forêts de chênes et de cèdres séculaires.

Le climat de Batna est rigoureux en hiver; en 1881-82, pendant qu'il pleuvait abondamment en ville, les montagnes se couvraient de neiges qui persistaient jusqu'au mois d'avril dernier. L'étude des températures moyennes donnerait une idée inexacte du climat de Batna; il faut consulter le thermomètre plusieurs fois chaque jour et, été comme hiver, on constate tantôt des augmentations, tantôt des diminutions de 20°. La vivacité, la multiplicité des réactions mettent l'organisme à l'abri de l'anémie des pays chauds; cependant, il ne faut pas se dissimuler les graves inconvénients qui résultent souvent de ces grands écarts de température.

Les maladies *a frigore* des voies respiratoires (bronchites, pneumonies), de la peau (érysipèle), du système tendineux (rhumatismes sous ses formes les plus variées), forment le fond de la pathologie de Batna. Ces affections apparaissent avec une fréquence presque égale aux différentes saisons, mais de préférence, cependant, aux jours les plus froids de l'hiver et aux journées les plus chaudes de l'été.

A part ces maladies aiguës et quelques fièvres paludéennes, la garnison de Batna peut être considérée comme salubre, surtout si nous la comparons aux divers points occupés par nos troupes dans le sud de la province.

Casernement. — M. le général Cajard désirant s'assurer personnellement de l'état du casernement passa une revue à laquelle il nous fit assister; la propreté de la caserne ne laissait rien à désirer, les lits étaient suffisamment espacés, les salles ne renfermaient même pas le nombre d'hommes fixé par l'assiette du casernement.

Alimentation. — L'alimentation est, à Batna, l'objet de soins particuliers; les terrains qui longent le mur d'enceinte de la ville, du côté du midi, sont trans-

formés en jardins potagers et affectés à la troupe. Chaque corps de la garnison est chargé de la culture, de l'entretien d'un jardin qui lui fournit tous les légumes possibles. L'ordinaire du soldat, à Batna, se trouve donc enrichi pendant l'été de légumes frais, salades, etc., qui dans la plupart des garnisons sont une lacune regrettable dans la nourriture du soldat.

La viande et le pain sont de très bonne qualité.

L'eau de Batna est un peu calcaire, cuit mal les légumes et marque 40° à l'hydrotimètre. Elle est quelquefois légèrement purgative pour les personnes nouvellement arrivées, mais son action ne peut être nuisible; elle est classée parmi les bonnes eaux potables.

L'étude du casernement, de l'alimentation, de l'eau ne nous donne que des résultats négatifs. Nous n'invoquerons pas la fatigue comme cause de fièvre typhoïde. Les hommes venus de France ont été amenés de Philippeville à Batna par petites étapes pendant lesquelles la marche était sagement réglée; arrivés à Batna, quelques exercices du matin, une promenade militaire de temps à autre constituaient un exercice hygiénique et non pas une fatigue.

Un coup d'œil d'ensemble sur la marche de l'épidémie fait ressortir avec évidence les caractères et par suite l'origine de la fièvre typhoïde.

En effet, l'épidémie débute peu de temps après l'arrivée du 9e à Batna, effleure à peine les corps permanents d'Algérie, tandis qu'elle pèse lourdement sur les troupes venues de France, que ces troupes appartiennent à l'infanterie, à l'artillerie, à la cavalerie, quelles soient arrivées à Batna au printemps (9e régiment de ligne), ou à l'automne (90e régiment d'infanterie de ligne).

Nous ferons remarquer que les malades fournis par le 3e spahis, par les deux compagnies de tirailleurs, par les deux compagnies du 3e bataillon d'Afrique étaient des hommes venus de France depuis peu de temps et qui, tout en appartenant aux corps permanents d'Algérie, étaient dans des conditions entièrement semblables à leurs camarades des 9e, 90e, etc.

Le 126e, venu de Sétif, était arrivé en Algérie depuis peu de temps.

Le 11e de ligne tenait garnison à Batna depuis le 25 octobre 1880.

Le problème étiologique se trouve donc ramené à la solution de cette question : des hommes jouissant d'un état sanitaire excellent dans diverses garnisons de France sont envoyés en Algérie; malgré les conditions favorables dans lesquelles ils se meuvent (casernement, alimentation, eau), une épidémie de fièvre typhoïde sévit avec intensité.

Les soldats embarqués pour l'Algérie sont partis précipitamment; pressés d'abord dans les wagons, puis entassés sur le pont des bateaux, leur existence a été irrégulière pendant plusieurs jours et a certainement développé chez la plupart d'entre eux une réceptivité plus ou moins grande.

Plusieurs officiers nous ont avoué avoir éprouvé des malaises, des fatigues insolites, auxquelles le soldat devait être bien plus exposé encore.

(*La fin à un prochain numéro.*)

LE SERVICE DE SANTÉ ANGLAIS EN ÉGYPTE (1).

III

Le Conseil de santé des armées anglaises a adressé aux officiers de santé du Corps expéditionnaire une instruction destinée à faciliter leur tâche, en rappelant les principales affections que l'armée est exposée à rencontrer en Egypte, les mesures de prudence dictées par ces éventualités, et les règles de l'hygiène alimentaire, vestimentaire, du campement, etc., consacrées par l'expérience des guerres coloniales.

Ce document invoque sommairement les facteurs étiologiques communs qui se retrouvent à l'origine de toutes les maladies infectieuses, le typhus, la fièvre typhoïde, la peste, le choléra asiatique, etc. Il ne cite la Dengue que pour mémoire : affection relevant de l'infection directe inconnue en Egypte. Il y a là une erreur de fait : c'est précisément au Caire, en 1779,

(1) Suite. — Voir les numéros des 2 et 16 septembre.

que cette affection fit sa première apparition. Décrite par le chroniqueur égyptien Gaberts, elle y reçut le nom de *knieubels* (mal de genoux) ou encore de *fièvre des dattes*, et visita de nouveau le Caire ainsi qu'Alexandrie, en 1845, enfin Port-Saïd même, en 1871.

Les causes majeures de l'ophthalmie d'Egypte sont rapportées à l'action irritante du sable et de la poussière, au défaut des soins de propreté, à la contagion directe ou par l'intermédiaire des mouches. Il y avait de précieux enseignements à puiser, au sujet de l'ophthalmie égyptienne, dans les travaux de Larrey : son premier mémoire, présenté à l'Institut du Caire, sa relation historique et chirurgicale de l'expédition d'Orient. Larrey a bien montré sa prédominance à l'époque des crues du Nil; il a insisté plus particulièrement sur le danger du sommeil, le front à découvert, sur la terre humide; les atteintes plus fréquentes de l'œil droit (décubitus latéral droit, le plus commun); la dérivation préventive constituée par une diarrhée modérée, etc. L'armée anglaise n'eut guère moins à souffrir que l'armée française, qui avait compté 3,000 hommes frappés à la fois, près d'Aboukir. Les ravages continuèrent en Angleterre, comme dans toute l'Europe, longtemps après le retour de l'expédition. En 1810, d'après Mac Grégor, il n'y avait pas moins de 2,317 soldats anglais dans les hospices d'invalides de Chelsea et de Kilmainham; et l'on ne comptait pas les borgnes ou les lésions plus légères. Le matériel des hôpitaux s'est prudemment muni d'un grand nombre de bandeaux et de conserves à coques métalliques.

Les maladies vénériennes sont signalées comme revêtant sous le climat égyptien un caractère de gravité particulier. De fréquentes visites de santé sont prescrites. Déjà on rapporte de Malte qu'un assez grand nombre d'affections vénériennes, ayant échappé à une visite minutieuse au départ, ou s'étant déclarées pendant la traversée, accidents primitifs, uréthrite, nécessitent de trop fréquentes évacuations parmi les troupes débarquées à Alexandrie.

Un examen fréquent doit mettre en garde contre l'apparition du scorbut. C'est là une mesure empruntée à la pratique navale, que les Anglais n'ont jamais délaissée dans leurs opérations continentales. Au Zoulouland, la circulaire déjà citée du chirurgien général Woolfryes prescrivait la distribution, dès le quinzième jour de l'entrée en campagne, d'une ration journalière d'une once de jus de citron avec une demi-once de sucre, chaque fois qu'on ne pourrait se procurer de végétaux frais.

Des recommandations expresses sont faites au sujet de l'eau de boisson. Aucune eau trouble ne doit être utilisée avant d'être l'objet d'un examen sérieux. Cette eau doit pouvoir se clarifier d'elle-même par le repos ou par l'adjonction d'une petite quantité d'alun, dans la proportion d'une cuillerée à thé pour 10 gallons. Dans le cas où elle ne pourrait être toujours filtrée, elle devrait être bouillie à fond, et refroidie avant d'être consommée.

Ajoutons que le département de la marine, tout au moins, a muni ses hommes de filtres portatifs de charbon moulé (coke et charbon), petit appareil très pratique renfermé dans une boîte de fer-blanc de 6 centimètres sur 5, contenant en outre un tube de caoutchouc avec embout. Chaque soldat de l'expédition de la côte d'Or, en 1873-74, en avait déjà été officiellement pourvu.

A Alexandrie, où on continuait à boire, aux dernières nouvelles, de l'eau du canal Mahmoudieh, de l'alun de fer est versé dans le bief qui alimente les chambres filtrantes, et dans le réservoir même de l'eau filtrée, on ajoute du permanganate de potasse. Les troupes de Ramleh ont de l'eau de puits, en ville de l'eau du canal et de l'eau condensée.

Cette question de l'eau de boisson est en effet vitale, surtout en Egypte. Aux dangers communs de la propagation ou de la production *de primo* du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diarrhée épidémique, de la dysentérie, peut-être même de la fièvre intermittente, s'ajoute le péril d'une affection locale grave, qui atteindrait, d'après certains observateurs, les trois quarts de la population fellah de la basse Égypte, l'ankylostomasie. Découvert en 1833 par Dubini de Milan, l'ankylostome duodénal, le même autour duquel on fit tant de bruit tout récemment, à l'occasion de l'anémie du Saint-Gothard, fut signalé en Egypte par Pruner, en 1847, puis par Bilharz, d'après lequel il serait si commun, qu'au Caire on ne pourrait faire une seule autopsie sans le rencontrer, et par Griesinger, en 1852, qui lui fait tenir le principal rôle dans l'étiologie de la *chlorose égyptienne*. Mais il faudrait compter également avec un distomaire, le distoma hœmatobium, ou Bilharzia hœmatobia, trouvé par Bilharz dans les ramifications de la veine porte, revu également par Griesinger, et auquel devrait être plus particulièrement rapportée la cystite hématurique endémique d'Egypte. Enfin, l'instruction anglaise signale une filaire, filaria sanguinis. Il y a là, d'ailleurs, un problème quelque peu confus, sur lequel il est désirable que nos collègues de l'armée anglaise apportent quelque lumière; mais un point est acquis : c'est par l'eau que se fait cette infection; les couvées de moustiques déposées à la surface des eaux, de petits mollusques et annélides sont le véhicule de ce parasitisme, qu'on contracte pour avoir bu un verre d'eau souillée, ou pris un bain dans un canal suspect.

D'après une communication du docteur Mackie, médecin au Consulat anglais à Alexandrie, au *Medical Times*, en moins de deux mois, l'an dernier, une douzaine d'employés de l'*Eastern Telegraph Company*, présentèrent tous les symptômes de la présence du Bilharzia, et il fut constaté que tous les sujets atteints avaient bu, en promenade ou à la chasse, de l'eau du canal d'eau douce. Cette affection, d'après Mackie, comporterait une certaine gravité, assertion, d'après Spencer Cobold (*The Lancet*, 19 août), empreinte d'exagération, le pronostic se tirant surtout des affections concomitantes, impaludisme, dysentérie. Dans les cas légers, une douzaine d'œufs passent à chaque miction, 50 à 100 douzaines dans les cas graves; beaucoup plus, même, dans les cas mortels.

L'instruction recommande comme boisson le thé froid avec du sucre et du citron, c'est d'ailleurs une garantie que l'eau a été bouillie et assainie; la farine d'avoine bouillie et passée, l'eau de riz. Les stimulants sont à restreindre; le vin rouge, dans tous les cas, doit être préféré aux spiritueux. Le soldat ne doit jamais se mettre en marche à jeun; avant le départ, il est nécessaire qu'il prenne du thé, du café ou du chocolat. Il y a quelque rigueur dans cette prescription, qu'aucun stimulant ou aucune boisson ne doivent être distribués aux troupes en route ou pendant un exercice, sauf sur avis du médecin. Aux hommes épuisés on prescrit d'administrer de l'extrait de Liebig, une cuillerée à thé pour deux tiers de litre d'eau chaude, avec addition de vin ou d'eau-de-vie.

Des recommandations sur le choix de l'emplacement des campements, l'installation des tentes, des latrines, l'hygiène personnelle des hommes complètent ce document, dont la portée se passe de commentaires.

R. LONGUET.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GENÈNE.

D'après les renseignements qui nous parviennent, ce Congrès parait-être le plus important des Congrès de l'année 1882. Cette session n'aura pas été moins fructueuse pour la science et pour l'humanité que ses aînées de Bruxelles, de Paris et de Turin. Le nombre des membres inscrits était considérable : six cents environ; toutes les nationalités étaient représentées, excepté les pays musulmans. Parmi les étrangers, notons avec satisfaction que les membres français étaient les plus nombreux. C'est d'ailleurs en français qu'ont lieu les discussions.

A l'exception de l'Allemagne, tous les Etats avaient envoyé des délégués, ainsi que quatorze grandes villes, et la plupart des Sociétés savantes.

Les notabilités scientifiques, déléguées officiellement ou bien spontanément adhérentes à ce Congrès, étaient nombreuses. C'est ainsi que la Faculté de Paris était représentée officieusement par MM. Brouardel et Cornil, par MM. Nicaise, Damaschino et Gariel; les Facultés de province par MM. Arnould, Jacquemet, Lacassagne; les Ecoles de Rouen et d'Alger par MM. Tixier et Leudet. Signalons encore la présence de M. Rochard, inspecteur en chef du service de santé de la marine; de M. Fauvel; d'une délégation municipale de Paris, composée de MM. Bourneville, Loiseau, Cernesson ; de M. Durand-Claye, ingénieur du service des égouts et de M. Napias, membre de la commission des logements insalubres.

L'exposition particulière de la ville de Paris consistait en modèles des appareils du service d'assainissement, plans des égouts et des distributions d'eau et tableaux statistiques. Cette section avait d'ailleurs été habilement et artistement organisée par M. Corot, le délégué administratif.

De plus, — car les hygiénistes sont comme Saint-Thomas et n'ont pas la foi facile, — des spécimens des légumes cultivés à Gennevilliers avaient été envoyés et témoignaient des résultats économiques excellents des irrigations maraîchères avec les eaux d'égout.

Le discours inaugural de M. Pasteur a été un véritable triomphe pour l'éminent microbiologiste. La doctrine de l'atténuation des virus a donc reçu une nouvelle consécration et la science française un nouveau lustre. Cette séance montre bien, quoi qu'on dise et quelque grand que soit l'esprit de dénigrement, que notre nation occupe toujours un rang élevé dans le monde scientifique. Mais l'espace nous est mesuré et, dans ce compte rendu, nous signalerons seulement quelques unes des communications médicales.

Voici d'abord un discours de M. le docteur Fauvel. L'épidémie cholérique menaçant lui donne un intérêt d'actualité. Le point capital, d'après l'éminent hygiéniste, dans les *mesures à prendre contre l'invasion du choléra*, est de défendre l'Egypte. Tant que ce pays n'est pas contaminé, l'Europe est préservée de toute grave atteinte. Ce fait, connu depuis longtemps, a été très heureusement rappelé par l'éminent hygiéniste. Malheureusement, la situation actuelle n'est pas absolument rassurante. Les troupes de l'Inde, qui font partie de l'expédition anglaise

en Egypte, viennent de contrées où le choléra est endémique. Elles peuvent donc contribuer à apporter et à propager rapidement le fléau.

Les mesures proposées au gouvernement britannique, par la voie officielle, étaient les suivantes : 1° Inspection médicale et quarantaine sévère des transports militaires indiens à Aden; 2° Seconde inspection sérieuse à Suez, et, au besoin, quarantaine des suspects à Djebel-Phor.

L'autorité militaire anglaise ne paraît pas observer ces sages recommandations. Si donc la maladie venait à se propager en Europe, toute la responsabilité lui en incomberait. L'administration sanitaire française a fait son devoir, et, en ce qui concerne l'Egypte, elle se désintéresse des futurs évènements.

La question des *vidanges et des égouts* a été longuement discutée dans la troisième section. M. Durand-Claye, cet infatigable et convaincu missionnaire du système du tout à l'égout, a su, dans une attrayante conférence, mériter les applaudissements d'un sympathique auditoire. Dans cette même section, M. Colladon a lu un mémoire sur les procédés d'*assainissement des tunnels de grande étendue* pendant la période de leur exécution. Le récent percement du Saint-Gothard et le creusement des futurs tunnels du Simplon et de la Manche légitimaient cette importante communication.

La section d'hygiène publique s'est occupée spécialement des moyens d'atténuer la *mortalité dans les armées*, de la *construction des baraquements hospitaliers* et enfin de la *crémation*. De plus cette dernière question a été maintenue à l'ordre du jour de la prochaine session. Sur la proposition de M. Kœchlin-Schwartz, un des promoteurs de la crémation dans notre pays, il a été, par un vœu presque unanime, demandé à tous les gouvernements l'abrogation des lois « qui s'opposent à la crémation facultative des cadavres. »

L'*alcoolisme* a été l'objet d'une longue discussion dans la première section. Il en a été de même de la rage dans la quatrième section. Ce dernier débat a été des plus vifs et les conclusions de M. Overbeck de Moyer sont loin d'avoir été adoptées à l'unanimité.

Les séances de la cinquième section étaient consacrées à la *démographie*.

Mais parmi les questions de médecine pratique, l'une des plus intéressantes est assurément celle des *climats des montagnes* et de l'influence des *altitudes élevées sur l'évolution de la phthisie pulmonaire*. Toutes les conclusions du rapport de M. Lombard sont loin d'être unanimement adoptées par les médecins. Néanmoins il faut remarquer avec ce savant que les altitudes exercent par la raréfaction de l'air une influence variable sur la phthisie pulmonaire. Entre 1,000 et 2,000 mètres, le climat serait à la fois prophylactique et thérapeutique; au-dessus de cette altitude, il n'exercerait plus qu'une influence thérapeutique. Il devient souvent alors une cause d'anoxyhémie. Cette discussion a donné l'occasion à M. Paul Bert de rappeler des expériences personnelles et des détails sur la funeste ascension de Crocé-Spinelli.

Les déformations par attitudes vicieuses scolaires ont fait l'objet d'une autre discussion. Pour M. Dally, les premières études scolaires ne devraient commencer qu'à l'âge de huit ans. Cette opinion est motivée par des arguments que le savant anthropologiste a fait valoir avec habileté. C'est à la même cause que M. le colonel Ziegler attribue la plupart des scolioses vertébrales : les voussures des épaules, les déviations de la taille, les dos ronds, les cous creux et les attitudes hanchées. De là, l'importance de la manière adoptée par l'écolier, pour s'asseoir et tenir le cahier ou la plume. Dans ce but, M. Ziégler demande l'adoption de l'écriture droite ou bâtarde, de préférence à l'écriture penchée ou anglaise.

Dans cette même section, MM. Roth (de Londres), Horner (de Zurich), Raymondot (de Limoges), Jacquement (de Montpellier) et d'autres membres du Congrès ont fait remarquer la fréquence des troubles oculaires dans les écoles. La mauvaise impression des ouvrages classiques et un éclairage défectueux en sont les causes occasionnelles. Ces faits sont loin d'être nouveaux, mais le grand nombre des médecins qui les signalent dans ces divers pays, est une preuve de la nécessité de ces salutaires réformes dans l'hygiène scolaire.

Il en est de même de la proposition adoptée à l'unanimité sur la demande de M. le professeur Brouardel. En soumettant au Congrès un vœu pour que « la falsification des denrées alimentaires soit l'objet d'une répression plus rigoureuse », le savant professeur soulevait une question dont l'urgence et l'actualité s'imposent à tous les législateurs.

M. Brouardel a montré tous les dangers auxquels sont exposées nos populations ouvrières par l'absorption quotidienne de quantités même minimes de substances ayant, en apparence, une faible action sur l'économie. Dans ces conditions, on sait qu'il est fréquent d'observer l'intoxication saturnine des ouvriers qui font usage du plomb.

Il en est de même de l'acide salycilique. C'est ainsi qu'on a pu en retrouver les traces dans le fœtus, longtemps après que la mère avait cessé d'absorber cette substance. Déjà M. Dubrisay avait demandé l'interdiction de cette substance dans l'industrie des conserves alimentaires. Relativement à l'emploi des matières dérivées de la houille pour la coloration des vins

et des sirops, on n'ignore pas que M. Wurtz avait adressé les mêmes réclamations. De toutes les résolutions du Congrès, celle-ci est assurément l'une des plus importantes. Espérons qu'il en sera tenu compte, en France tout au moins, et que la répression des fraudes deviendra plus sévère et plus complète.

En terminant cette brève analyse générale des travaux du Congrès de Genève, signalons l'ouverture d'un concours ayant pour sujet : l'étude des moyens pratiques de prévenir la cécité. M. Haltenhoff, en annonçant que ce prix sera décerné dans le prochain Congrès, a fait remarquer avec raison que la cécité est trop souvent le résultat du défaut de soins. Sur 100 aveugles, 75 sont les victimes de la négligence ou des maladies aiguës.

Enfin, dans la séance d'adieu, on a proclamé le résultat du concours de l'année 1882. La question proposée était : l'*hygiène des campagnes*, et l'heureux lauréat, M. le professeur Cayet (de Bordeaux). Cette décision, prise à l'unanimité des membres du jury, a été ratifiée par les applaudissements de tous les assistants.

Le prochain Congrès aura lieu en Hollande, à la Haye. Il aura, espérons-le, le même succès et les mêmes heureux résultats que le Congrès qui vient de se terminer. — Ch. E.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS JUIFS DANS L'ARMÉE RUSSE.

C'est un étrange document, digne d'un autre temps, que le nouveau règlement qui vient d'être promulgué par le ministre de la guerre de Russie.

Les médecins israélites sont nombreux dans l'armée russe. Leur dévouement professionnel et leur valeur scientifique sont bien connus de tous ceux qui les ont pu voir à l'œuvre sur le champ de bataille. Désormais ils seront l'objet de mesures spéciales. Au nom de la légalité, leur nombre sera restreint et ne devra plus dépasser, dans les hôpitaux, la moitié de l'effectif total du personnel médical de chacun des établissements.

Ils sont exclus totalement du Corps sanitaire des places fortes, de l'Administration centrale ou des administrations divisionnaires. De plus, on devra suspendre leur admission dans les régions militaires d'Odessa, de Wilna, de Kiew, de Varsovie et de Kharkoff, jusqu'au jour où leur nombre sera inférieur à 5 pour 100 de l'effectif. La même mesure est appliquée aux étudiants israélites de l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg.

Quant aux médecins disponibles par suite de ces dispositions légales, on les déplace, et quels que soient les droits acquis, on les envoie dans d'autres circonscriptions militaires de l'empire.

Singulière manière de récompenser les services acquis, de rendre hommage au courage et au mérite. Plus d'un de ces médecins a payé glorieusement de sa personne sur les champs de bataille durant la dernière guerre contre la Turquie. Affligeant spectacle auquel nous assistons à la fin dix-neuvième siècle. — C. E.

FORMULAIRE

PILULES DRASTIQUES. — BALL.

Aloès succotrin.	1 gramme.
Résine de scammonée, résine de jalap, calomel à la vapeur, *ââ*	0 gr 50 centigr.
Savon amygdalin, q. s. pour 24 pilules.	

Six tous les huit jours, trois le matin et trois vers le milieu du jour, aux épileptiques disposés aux congestions, et qui font usage d'une solution de bromure d'ammonium et de bromure de sodium. Si les pilules drastiques sont insuffisantes, on peut recourir soit à la saignée, soit aux applications de sangsues aux tempes ou derrière les oreilles. — N. G.

SIROP DE QUININE. — AUGÉ.

Sulfate de quinine.	1 gramme.
Eau de Rabel, q. s. pour dissoudre.	
Sirop tartrique	30 grammes.
Sirop simple	40 —
Eau distillée	30 —

F. s. a. — Deux cuillerées à café par jour, la première quatre heures, et la seconde deux

heures avant l'arrivée présumée de l'accès de fièvre chez les enfants à la mamelle et les enfants en bas âge. On donne ensuite le sein ou le biberon ou du bouillon, suivant le mode d'alimentation adopté pour nourrir l'enfant. — N. G.

CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Paris, le 16 septembre 1882

Monsieur le recteur, le décret du 20 juin 1878 a imposé aux aspirants au doctorat en médecine l'obligation de justifier des diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, pour pouvoir prendre la première inscription au premier trimestre de l'année scolaire.

Cependant, par application du règlement du 10 août 1877, il a été possible, pendant la période transitoire, d'autoriser un certain nombre de jeunes gens, admis seulement au deuxième baccalauréat pendant la session extraordinaire de mars-avril, à prendre soit la première, soit les deux premières inscriptions.

Cette facilité donnée aux étudiants de commencer leurs études au milieu de l'année, outre qu'elle a pour effet d'abréger le temps de scolarité, aurait pour résultat, si elle était maintenue, de rétablir en fait le régime d'études que le décret de 1878 a eu précisément pour but de supprimer.

J'ai soumis ces observations au Conseil supérieur de l'instruction publique dans sa dernière session, et, conformément à son avis, j'ai, par arrêté en date du 20 juillet dernier, rapporté le règlement du 10 août 1877. En outre de l'abrogation de ce règlement, cet arrêté confirme les dispositions antérieures aux termes desquelles les étudiants en médecine et en pharmacie ne peuvent, en aucun cas, commencer leurs études après le 15 janvier. Cet arrêté devra être porté à la connaissance des étudiants dans le plus bref délai.

J'ajoute, cour compléter ces instructions, que le décret du 20 juin 1878 a implicitement abrogé l'article 3 de l'arrêté du 24 janvier 1859, aux termes duquel le diplôme de bachelier ès sciences restreint ne pouvait être accordé qu'aux élèves justifiant de deux inscriptions de doctorat. Rien ne s'oppose donc à ce qu'à l'avenir ce diplôme soit délivré à l'impétrant sans qu'il justifie de ces deux inscriptions.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques est composé de la manière suivante pour l'année scolaire 1882-1883.

Histologie : Chef des travaux, M. Cadiat, professeur agrégé; préparateurs, MM. Gaucher et Variot.

Anatomie pathologique : Chef des travaux, M. Gombault; préparateur, M. Brissaud.

Physiologie : Chef des travaux, M. Laborde; préparateurs, MM. Dassy et Rondeau.

Histoire naturelle : Chef des travaux, M. Faguet; préparateurs adjoints : zoologie, M. Brumault de Montgazon; botanique, MM. Beauvisage et Durand.

Physique : Chef des travaux, M. Gay, professeur agrégé; préparateurs, MM. Sandoz et Bagneris.

Chimie : Chef des travaux, M. Gautier; préparateur, M. Étard; préparateurs adjoints, MM. Beniout et Villain.

Épidémies. — Le congrès de géographie de Bordeaux vient de se prononcer, conformément aux conclusions d'un rapport présenté par M. le docteur Bourru, professeur à l'École de médecine de Rochefort, pour l'établissement d'un service sanitaire extérieur chargé de signaler au gouvernement français les cas de fièvre jaune.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 26 septembre. — M. Bouley préside encore, M. Bergeron est à son poste, M. Béclard est absent ; mais les bancs académiques sont déjà mieux garnis, et le public est venu en assez grand nombre.

M. Tarnier, presque seul, a rempli la séance. Quelques mots sur les biberons servent d'exorde à un discours, ou plutôt à une conversation sur l'allaitement artificiel. Nous avons eu l'occasion, il y a quelque temps, de signaler la sollicitude avec laquelle le savant académicien étudie cette question à l'ordre du jour. Il s'efforce d'y mettre un peu de lumière, et de montrer aux praticiens combien peu ils la connaissent ; pénétré de cette opinion, que les funestes résultats de l'allaitement artificiel sont dus à la façon déplorable dont il est conduit, aux incertitudes et aux contradictions des auteurs qui s'en occupent, il voudrait le réglementer pour ainsi dire, le soumettre à des lois fixes, et diminuer ainsi la mortalité qui sévit sur les enfants privés du lait maternel.

Avant d'entrer dans le cœur du sujet, M. Tarnier proteste contre une intention mauvaise qu'on pourrait lui prêter. Quelques-uns de nos confrères ont craint, en effet, qu'une étude approfondie de l'allaitement artificiel ne le mît trop en honneur, au détriment de l'allaitement maternel. Il importe de savoir que les académiciens qui travaillent avec tant de zèle à améliorer le sort des enfants abandonnés, n'ont point changé d'opinion sur l'allaitement maternel, le seul qui donne une sécurité complète, le seul qu'on doive adopter toutes les fois qu'il est possible. Mais à combien d'entraves n'est-il pas exposé ! Force nous est bien de le reconnaître ; et puisque l'allaitement artificiel est un pis-aller nécessaire, mieux vaut chercher à en tirer le meilleur parti que de le proscrire aveuglément. Les médecins qui, par une étude sérieuse de ses dangers, de ses chances de succès, rendent service à l'humanité, ne sont pas responsables des abus qu'on peut faire de leurs travaux.

Après quelques lignes consacrées aux nourrices, à l'allaitement mixte et à la loi Roussel, M. Tarnier expose en détail « les terribles incertitudes » qui règnent dans l'usage des divers modes d'alimentation artificielle. Il faut bien l'avouer, si les conseils de l'orateur sont pratiques, marqués au coin du bon sens et de l'expérience, néanmoins les lacunes abondent dans l'enseignement qu'il nous donne, et constamment il s'exprime dans un langage plein de réserves ; les « peut-être », les « il paraît » reviennent à chaque instant ; toujours « il faudrait de nouvelles recherches », « des observations plus précises ».

M. Tarnier se plaît dans les détails : l'ânesse, la chèvre et la vache, leur vie, leur nourriture, les qualités de leur lait, n'ont pas de mystères pour lui. Mais l'application ? Le lait de vache donné aux enfants doit-il être bouilli, sucré avec du sucre ordinaire ou de la lactose, coupé pendant les six premiers mois ou plus longtemps, chauffé à 30 ou à 33 degrés ? « Je suis porté à ne pas le faire bouillir, dit M. Tarnier ; la lactose, paraît-il, force la caséine à se coaguler en flocons plus petits et d'une digestion plus facile ; quant à la température, je choisirais plutôt 37°, celle de la femme et de la vache. Mais sur tous ces points, notre ignorance est si grande ! » La commission de l'hygiène de l'enfance, dans un certain article II, a donné en quatre ou cinq lignes sur l'allaitement artificiel des notions vraiment trop sommaires, dont la lecture, au milieu de cet exposé complexe, fait sourire l'Académie. Sur un point, cependant, le doute n'est plus permis : le lait de vache doit être coupé

pendant les premiers mois. Dans le fameux article II, on lit : « légèrement coupé » ; qu'est-ce que cela veut dire ? Et pour comble de malheur, l'Académie a couronné deux mémoires, l'un prescrivant de le donner pur, l'autre affirmant qu'on doit le couper avec trois quarts d'eau ! Que faire, et auquel entendre ?

Nous ne parlons pas des falsifications du lait de vache, de l'eau et des substances qu'on y ajoute, telles que la cervelle broyée et mille autres choses « à faire dresser les cheveux sur la tête. »

Pour donner du bon lait aux enfants et rendre l'allaitement artificiel aussi peu nuisible que possible, un seul moyen se présente : c'est la fondation d'*étables modèles*, comme il en existe à Stuttgardt, à Francfort, à Genève. Avis à l'administration française ! Il y a plus : M. Tarnier demande qu'une crèche, destinée à recueillir un petit nombre d'enfants abandonnés, six par exemple, soit annexée à chacune de ces étables modèles. Cette dernière idée, mise au jour il y a longtemps, s'est heurtée aux scrupules de l'Administration et de l'Académie : il faut y revenir. Il faut que l'Académie ait la haute direction médicale des étables modèles ; il faut sortir de l'ornière, il faut se dire que l'inaction est une chose grave. Que feriez-vous si tous les petits enfants qui meurent chaque jour par suite d'une mauvaise alimentation étaient là, réunis sur un radeau, et près d'être noyés dans la Seine ? Vous voleriez à leur secours. Faut-il les oublier, parce qu'ils meurent çà et là, disséminés, sans attirer vos regards ?

Mais nous n'avons pas la prétention de retracer la péroraison chaleureuse de M. Tarnier. De nombreux applaudissements ont salué son discours, et M. Bouley a pu se féliciter devant ses collègues de lui avoir consacré la séance d'aujourd'hui.

On applaudit toujours un orateur qui propose de secouer l'Administration...

L.-G. R.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA COAGULATION DU SANG.

PREMIÈRE PARTIE :

Du rôle des éléments figurés dans la coagulation ;

Par Georges HAYEM.

Suite et fin. — (Voir les numéros des 24, 31 août, 5, 14 et 21 septembre.)

6° *Action du froid sur le plasma filtré.* — Nous savons que lorsqu'on examine du sang pur à la température de 0°, à l'aide du microscope, on constate que les hématoblastes ne subissent pas les mêmes altérations qu'à la température ordinaire. Le froid est d'ailleurs le moyen que je recommande pour faire l'étude de ces éléments dans le sang pur. Comme il a la propriété de maintenir le sang fluide, il m'a paru intéressant de rechercher si ce résultat est dû uniquement à la conservation des hématoblastes ou si une autre cause peut également intervenir.

Un segment veineux de cheval est mis le matin à 8 heures dans l'éprouvette entourée de glace ; 7 heures 1/2 après on filtre le plasma à l'air par une température de 4°. Une portion de ce plasma est mise dans un verre à expérience et porté dans une pièce dont la température est de 16° ; la dernière portion filtrée est recueillie dans un vase entouré de glace fondante.

Le premier échantillon se prend en masse, environ au bout de 2 heures. Les jours suivants, le caillot ne se modifie pas et au bout de treize jours, alors qu'il est couvert de moisissures, c'est à peine s'il paraît un peu rétracté, ce qui est conforme à ce que nous avons déjà indiqué. Le second échantillon est porté dans une cave dont la température est de 7°. Au bout de quatre jours, le liquide est encore parfaitement limpide. Le cinquième jour, il commence à adhérer un peu aux parois et au fond du vase et il prend une consistance analogue à celle de l'humeur vitrée. La température de la cave s'est élevée à 8°-9°. Huit jours plus tard, laissé dans les mêmes

conditions, le liquide est encore très imparfaitement coagulé. Le lendemain, c'est-à-dire le quatorzième jour, la coagulation s'est un peu accentuée. On remonte alors l'éprouvette dans le laboratoire pour voir si la coagulation se complétera à une température de 16° à 17°. Elle se poursuit très lentement en partant du fond et des parois. Le liquide, examiné au microscope, ne contient aucun organisme étranger. Enfin, le lendemain seulement, c'est-à-dire le quinzième jour, le liquide se prend en masse; on peut retourner l'éprouvette sans qu'il s'écoule. Toutefois la partie supérieure du coagulum est encore moins consistante que le fond.

Cette expérience montre très nettement que le froid n'agit pas uniquement sur les hématoblastes, qu'il a une action non moins évidente sur les générateurs de la fibrine. On remarquera que la lente coagulation que nous venons de suivre pas à pas, dans un liquide ne contenant plus d'éléments figurés, a eu néanmoins pour point de départ les parois du vase, ce qui prouve que le contact des corps étrangers sollicite directement le dépôt des filaments de fibrine et que cette action n'a pas besoin pour se produire de l'intermédiaire des hématoblastes. Il est très probable que si le plasma filtré était resté à une température plus basse, il se serait conservé indéfiniment sans se coaguler.

On sait depuis longtemps que les sels neutres empêchent ou retardent considérablement la coagulation; mais il n'y a pas lieu, dans ce cas, de rechercher si cette action se produit par suite des effets de ces corps sur les hématoblastes puisque Denis a démontré qu'ils sont des dissolvants de la fibrine.

Dans l'expérience précédente une portion du plasma filtré, dépourvue presque absolument d'éléments anatomiques, a été mélangée avec une solution concentrée de sulfate de magnésie dans la proportion de 1cc de la solution pour 10cc de plasma. Comme on devait s'y attendre, il ne s'y est produit aucun trouble et le mélange ainsi fait a été conservé quinze jours dans le laboratoire à la température de 16° environ, sans qu'il y soit survenu la moindre trace de coagulation.

7° *Action de la paroi vasculaire.* — Pour expliquer le maintien de la fluidité du sang dans l'organisme, Brücke a eu l'idée d'invoquer l'influence des vaisseaux. Les expériences ingénieuses de ce physiologiste ont été récemment complétées par celles de M. Glénard. Mais, tandis que Brücke accorde aux vaisseaux une influence vitale, cessant avec l'irritabilité de la paroi, M. Glénard a cherché à démontrer que le rôle de cette paroi vasculaire est purement physique. On a encore émis sur ce point d'autres hypothèses. Ainsi Albini suppose que l'endartère sécrète une substance capable d'empêcher la coagulation, tandis que d'autres admettent que la matière provoquant la coagulation traverse par exosmose la paroi vasculaire. Cette dernière hypothèse est facile à réfuter.

Sur un cheval qu'on vient de sacrifier, on trouve dans le péricarde 260 grammes environ de sérosité citrine. Une portion de cette sérosité est mélangée avec le liquide rougeâtre qui a transsudé à travers une veine placée depuis plus de huit heures dans une éprouvette entourée de glace. Une autre portion de cette sérosité est conservée pure. Au bout de 15 jours, ces sérosités ne présentent encore aucune trace de coagulation.

La plus importante de ces opinions est évidemment celle de Brücke. Nous venons de voir, en effet, dans le § 3°, que, contrairement aux assertions de M. Glénard, il existe un rapport évident entre la conservation de la fluidité du sang et l'intégrité de la paroi vasculaire. Nous pouvons donc déjà supposer que l'action si remarquable et si puissante de la paroi vasculaire s'exerce par l'intermédiaire des hématoblastes; qu'elle résulte de la conservation de la vitalité de la paroi vasculaire et par suite des éléments anatomiques qui y sont renfermés.

Mais les faits rapportés jusqu'à présent ne sont pas encore suffisamment démonstratifs, c'est-à-dire qu'ils n'établissent pas que la paroi vasculaire agit uniquement sur les hématoblastes. Les expériences du § 6° montrent effectivement que le plasma filtré, contenant la matière exsudée par les hématoblastes et par suite tous les générateurs de la fibrine, reste incoagulable lorsqu'on le soumet à l'action

du froid ou des sels neutres. On devait donc se demander si la paroi vasculaire n'exerce pas sur ce plasma une action physico-chimique analogue, indépendante de l'état des hématoblastes.

Après avoir filtré du plasma obtenu par le procédé que nous connaissons, on vide le segment veineux dans lequel ce plasma était resté incoagulable, et on le lave avec du sérum frais de cheval; puis on le remplit de plasma filtré, en ayant soin de conserver une portion de ce plasma dans un vase et à la même température que le segment veineux (17° C.)

Au bout de deux heures quarante, le plasma contenu dans le verre à expérience est coagulé en masse; celui de la veine se coagule complètement une demi-heure plus tard. Malheureusement on a laissé pénétrer dans la veine, en même temps que le plasma, quelques fines bulles d'air. Mais on remarquera que l'action anticoagulatrice du froid et des sels neutres s'exerce sur un liquide conservé dans des vases ouverts. Voici d'ailleurs d'autres expériences.

Après avoir obtenu une certaine quantité de plasma filtré à 0°, on divise la veine en deux segments. Le premier est lavé avec soin à l'aide d'une solution de chlorure de sodium à 5 0/00, puis rempli de plasma filtré. Le second segment est lavé avec du sérum de cheval et rempli également de plasma filtré. Ces segments veineux sont conservés dans une pièce dont la température est de 20°, et on place à côté d'eux, dans des verres à expérience, des échantillons du plasma qui a servi à les remplir.

Au bout d'environ trois heures, la coagulation s'est effectuée aussi complètement dans les segments veineux que dans les verres à expérience. L'action de la paroi veineuse ne s'exerce donc pas sur les matières dissoutes dans le plasma.

On en doit conclure, 1° que si le sang reste liquide dans des segments vasculaires frais, c'est uniquement parce que dans ces conditions la vitalité des hématoblastes est conservée; 2° que lorsque les générateurs de la fibrine sont en dissolution dans le plasma, le sang en stagnation dans le vaisseau se coagule à peu près comme dans un vase, malgré l'intégrité de la paroi vasculaire. Telle est, je crois, l'explication de l'influence, restée jusqu'à présent mystérieuse, qu'exerce la paroi des vaisseaux.

En résumé, les faits que je viens de rapporter me paraissent confirmer pleinement l'opinion que j'ai énoncée dès mes premières recherches sur le rôle des hématoblastes dans le phénomène de la coagulation du sang.

Celle-ci doit être considérée comme une sorte d'acte agonique ayant pour pointde départ les modifications cadavériques des éléments les plus vivants et les plus vulnérables du sang, ceux qui précisément sont destinés plus tard à devenir des globules rouges. La facilité excessive avec laquelle ces futures hématies perdent leurs propriétés physiologiques en présence des corps étrangers les plus divers me paraît être un des faits les plus intéressants de la physiologie générale du sang. En tout cas, elle jette une vive lumière sur le mécanisme de l'arrêt des hémorrhagies, sur la formation des caillots dans les vaisseaux et par conséquent sur des questions d'une importance de premier ordre en pathologie.

Resterait maintenant à examiner si les hématoblastes en voie d'altération produisent de la paraglobuline et un ferment, puisque ce sont là, d'après A. Schmidt, les matières qui manquent au plasma pour former de la fibrine et qui proviendraient, d'après lui, de la prétendue destruction des globules blancs. Sur ce terrain essentiellement chimique, les recherches d'Hammartsen sont venues mettre en doute la célèbre théorie du professeur de Dorpat. D'après Hammartsen, la fibrine résulterait d'une substance unique, le fibrinogène, qui se solidifierait sous l'influence d'un ferment. Si cette simplification est exacte, les hématoblastes n'auraient à fournir au plasma qu'une matière agissant à la façon d'un ferment pour provoquer la précipitation de la fibrine.

Il ne reste donc plus à s'entendre que sur une question de chimie pure qui recevra probablement bientôt une solution définitive (1).

(1) M. Bizzozero vient de publier dans les Archives italiennes de biologie un travail qu'il intitule : *Sur un nouvel élément morphologique du sang chez les mammifères et sur son importance dans la thrombose et la coagulation.* Ce prétendu élément nouveau n'est autre que celui auquel j'ai donné le nom d'hématoblaste. M. Bizzozero le désigne sous l'appellation pour le moins singulière de plaquette. D'après lui, je n'aurais émis qu'une hypothèse sur sa préexistence dans le sang parce que je ne l'ai pas décrit dans le sang en circulation chez les mammifères. Je rappellerai donc, qu'après avoir constaté que les hématoblastes présentent dans toute la classe des vertébrés les mêmes propriétés générales et particulièrement une vulnérabilité excessive, j'ai décrit et figuré les hématoblastes de la grenouille en circulation dans le sang. Que de plus, j'ai répété à satiété que pour observer convenablement ces éléments très vulnérables, il est indispensable de les fixer au moment même où le sang sort des vaisseaux, ce qui me paraît prouver d'une manière suffisante qu'ils existent dans le sang en circulation. Il est vrai qu'on peut voir les hématoblastes sur le vivant chez les mammifères, presque aussi facilement que chez la grenouille, et je recommande particulièrement pour cette étude le chat nouveau-né dont les hématoblastes sont relativement volumineux. Mais dans ces conditions, même chez le petit chat, que M. Bizzozero n'a pas examiné, on ne peut en prendre qu'une idée fort imparfaite.

Lorsqu'on les étudie hors de l'organisme à l'aide de la solution de chlorure de sodium colorée par le violet de méthyle, dont s'est servi cet auteur, on ne les voit également que sous une forme notablement modifiée. Telle est, sans doute, la raison pour laquelle M. Bizzozero, qui soutient d'ailleurs la théorie hématopoiétique de la moelle des os, donne de ces éléments une description notablement différente de la mienne et refuse de les considérer comme les formes jeunes des globules rouges, tout en ne se prononçant pas sur la signification qu'on doit leur accorder. J'ai réfuté par avance les objections que l'observateur italien oppose dans un autre travail (*Sur la production des globules rouges du sang dans la vie extra-utérine*, in Arch. italiennes de biologie) à mon opinion sur la rénovation du sang par les hématoblastes. (Voir Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux, etc. Paris, Masson, 1882, p. 263 à 325).

En ce qui concerne le rôle des mêmes éléments dans le processus de coagulation, M. Bizzozero confirme simplement l'opinion que j'ai soutenue dans mes premières communications sur ce sujet et que je viens d'appuyer sur des preuves nouvelles.

CLINIQUE MÉDICALE

FIÈVRE TYPHOIDE, ULCÉRATIONS DES FOLLICULES CLOS DU GROS INTESTIN, ABCÈS DU FOIE, PÉRITONITE.

Observation recueillie par le docteur F. Sorel.

Parmi les complications multiples et si variées de la fièvre typhoïde, les abcès hépatiques ne figurent qu'à titre exceptionnel, et l'abcès unique, volumineux, à marche aiguë, a été plus rarement signalé encore; c'est là ce qui fait l'intérêt du cas présent.

Obs. — Lab... (Jean), âgé de 23 ans, incorporé après un ajournement d'une année pour faiblesse de constitution au 34e de ligne, dans sa première année de service, en Algérie depuis moins de quatre mois, entre à l'hôpital de Sétif le 16 juillet 1882 au huitième jour d'une fièvre typhoïde qui présente les allures les plus bénignes. Il existe quelques taches rosées, le ventre est légèrement ballonné, et l'état fébrile sous l'influence de la médication quinino-salycilée reste très modéré.

Le 21 juillet, le malade se plaint d'un point de côté au niveau de l'hypochondre droit; calmé par l'application de ventouses sèches, il reparaît le 24 et cède à une injection morphinée; mais bientôt la douleur devient sourde, continue, et la pression au niveau du creux épigastrique est pénible. Cependant le foie ne présente aucun volume anormal, et à peine s'il existe un peu de congestion à la base du poumon. Les selles diarrhéiques sont facilement modifiées par l'opium et la poudre de charbon chaque fois qu'elles sont trop copieuses.

Le 28 juillet, au vingtième jour de la maladie, apparaissent des oscillations fébriles inter

mittentes qui s'accusent surtout à partir du 2 août. Du 5 au 13 août, on constate de la pharyngite. Même état local quant à la douleur assez peu accusée et aux symptômes physiques.

Le 18 août, péritonite subaiguë sans réaction, absence de vomissements; le ventre, ballonné, est peu sensible à la pression, le pouls reste bon et la température s'abaisse.

Le 21 août, le pouls devient petit, fuyant, la température remonte, et le malade succombe ayant toute sa connaissance le 22 août à neuf heures du soir, au quarante-cinquième jour de la maladie totale.

Dans les derniers jours, sans que je puisse préciser l'époque de l'apparition, le malade n'ayant pas attiré l'attention de ce côté, il s'était produit un gonflement œdémateux, indolore, du membre inférieur droit.

Autopsie. — Le *cerveau* n'est pas examiné.

Les *poumons* sont sains; congestion généralisée, mais plus marquée aux bases et dans les portions déclives, où elle est surtout passive.

Le *cœur* ne présente aucune altération d'orifices; le muscle cardiaque est ferme; épanchement séreux ultime dans le péricarde.

Cavité abdominale. — *Estomac* : Taches ecchymotiques siégeant sur la muqueuse, au-dessous du cardia.

Ganglions mésentériques saillants, un peu augmentés de volume.

Intestin grêle. Deux plaques *barbe rasée* vers l'union du jéjunum et de l'iléon; puis, en descendant, on trouve les plaques de Peyer peu saillantes, mais absolument noires, en d'autant plus grand nombre qu'on approche de la valvule iléo-cœcale. Au voisinage de la valvule, les follicules présentent la même coloration, et, mêlés aux plaques, donnent à la muqueuse, du reste saine, un aspect tigré. Les bords de la valvule sont ardoisés.

Gros intestin. La muqueuse dans toute son étendue est légèrement tuméfiée sans trace d'érosion ou d'exfoliation, sa coloration est grisâtre. Les follicules clos depuis le commencement du cœcum jusqu'à l'origine du rectum sont dilatés en nombre très considérable, indurés et pour la plupart ulcérés à leur surface. Ils font saillie comme un pois et ont un aspect pustuleux. En certains points du cœcum, l'infiltration typhoïde s'étend au tissu sous-muqueux.

Reins. Ils ne donnent lieu à aucune remarque.

Rate. Un peu augmentée de volume, assez consistante; traces de péri-splénite récente sur sa face interne.

Foie. Son volume est presque au-dessous de la normale, bien que le lobe gauche soit très développé; il pèse 1 kilog. 500 gr. Le lobe droit présente à sa face convexe un infarctus hémorrhagique superficiel sans ramollissement et de peu d'étendue. Au lobe gauche, relativement très développé, existe sur la face convexe, qu'il occupe presque en entier en respectant toutefois une petite zone au voisinage des bords, et situé superficiellement, un abcès du volume d'une grosse orange; sa paroi supérieure mince est réduite en certains points au revêtement péritonéal et à l'enveloppe propre; son contenu est séro-purulent; le pus, sous forme de grumeaux est plus abondant dans les portions déclives.

L'abcès a contracté des adhérences peu solides avec la face inférieure du diaphragme ainsi qu'avec la face postérieure de la dernière pièce du sternum et l'origine des cartilages costaux de droite, qui le recouvrent entièrement et en rendent la palpation impossible.

On ne trouve rien de particulier dans les principales divisions de la veine porte.

La *vésicule biliaire* petite renferme de la bile jaune; des arborisations vasculaires sont développées à sa surface externe.

La paroi de l'abcès est, en effet, l'origine d'une *peritonite subaiguë* qui, se propageant par le flanc du côté droit, gagne le petit bassin où il existe du liquide séro-purulent. Le péritoine pariétal est injecté dans sa portion sous-ombilicale et d'une manière plus accusée à droite qu'à gauche.

Le *membre inférieur droit* est tuméfié, œdémateux et parsemé de larges taches livides. La veine crurale contient un caillot noir qui, du tiers moyen de la cuisse, gagne l'iliaque externe, la veine iliaque primitive, et remonte quelque peu dans la veine cave d'où part un prolongement qui occupe les veines iliaques primitive et iliaque externe du côté gauche. Ce prolongement paraît récent, car le membre inférieur gauche n'est pas tuméfié. Les parties les plus anciennes du caillot m'ont paru se trouver dans les veines iliaque primitive et iliaque externe du côté droit.

L'homme qui fait l'objet de cette observation n'avait pas quatre mois de séjour en Algérie, et cela dans une région élevée, par un été des plus modérés; il n'avait

jamais contracté la dysentérie; on peut donc, je crois, rejeter l'hypothèse d'une hépatite suppurée des pays chauds.

Dans le gros intestin s'était développée une véritable entérite folliculeuse, localisation anatomique de la fièvre typhoïde, accompagnée d'ulcérations nombreuses. La relation de cause à effet entre la lésion du gros intestin et l'abcès du foie par l'intermédiaire des veines propres et du système porte, me paraît des mieux fondées.

Dans l'intestin grêle, il paraît n'avoir existé que des plaques molles, sans ulcération ; la pigmentation profonde des plaques de Peyer et des follicules isolés constate leur atteinte au début de la maladie.

La situation de l'abcès, sous le diaphragme et derrière le sternum, le faisait inaccessible et rendait toute exploration difficile et incertaine; d'autre part, cette complication est des plus rares; aussi j'attribuais la prolongation des oscillations intermittentes, ce qui était vrai pour une part, aux difficultés de la période de réparation, et cela d'autant mieux qu'au même moment j'observais d'autres cas où cette cause était seule en jeu. En raison de la douleur, je songeais à une péritonite partielle, très limitée, et je crus mon hypothèse confirmée, quand la péritonite vint à s'étendre.

On remarquera combien sont peu accusés les symptômes de la péritonite subaiguë : pas de vomissements; à peine un peu de douleur à la pression du ventre modérément ballonné. Cette absence de réaction, je l'avais constatée quelque temps auparavant chez un malade atteint de perforation intestinale, et où, la péritonite ne donnant lieu pour ainsi dire à aucun symptôme actif, la mort ne survint qu'au bout d'une huitaine de jours.

Mais le point intéressant de cette observation, c'est l'existence d'un abcès aigu volumineux du foie et sa relation, qui paraît certaine, avec les ulcérations des follicules clos du gros intestin.

JOURNAL DES JOURNAUX

La proportion d'albumine des exsudats séreux déduite de leur poids spécifique, par REUSS. — Curieuse application de l'algèbre à la clinique. Schmidt a déjà établi la formule suivante, dans laquelle le tant pour cent d'albumine et des autres matières organiques extractives est donné comme fonction du poids spécifique :

$$A' = 380,6 - \frac{383141,8}{P}$$

Reuss propose celle-ci qui donne la proportion de l'albumine exclusivement :

$$A = \frac{3}{8}(P - 1000) - 2,8$$

La proportion des matières extractives sera donnée par la différence entre A' et A; l'analyse a d'ailleurs directement vérifié la légitimité de ces rapports.

D'après le tableau dressé par l'auteur, le poids spécifique 1,008, qui est le plus bas observé, correspond à 0,2 p. 100 d'albumine. Chaque unité de plus du poids spécifique correspond à une augmentation de 0,04 p. 100 de la quantité d'albumine en moyenne. Ainsi 1,009 représente 0,6 d'albumine, 1,010 correspond à 1,0 et 1,028, le chiffre le plus élevé à 7,7 p. 100.

La quantité des matières organiques autres que l'albumine est représentée par le chiffre à peu près constant de 0,3 p. 100.

Tels sont les résultats que peut donner, avec une approximation clinique très suffisante, cette méthode d'une simplicité véritable, à condition que la sérosité examinée ne renferme ni pus ni sucre, et que les chiffres de l'aréomètre subissent la correction de température (*Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin*, 1881, 28e vol., p. 317).

Péritonite tuberculeuse primitive avec perforation, par PETROWSKY. — Le malade, un prisonnier, fut pris tout d'abord d'une fièvre irrégulière, tantôt continue tantôt rémittente, puis franchement intermittente, avec des alternatives de diarrhée et de constipation. Puis apparut une tumeur abdominale qui atteignit en quelques jours les dimensions d'une tête d'enfant, en même temps que les forces déclinaient, et la mort survint deux mois environ après le début

des accidents. L'autopsie démontra l'existence d'une vaste cavité circonscrite par la colonne vertébrale, la paroi antérieure de l'abdomen et les anses intestinales agglomérées et recouvertes de fausses membranes et de tubercules, en communication directe avec le côlon transverse, lui-même communiquant avec la grande courbure de l'estomac par une petite perforation résultant du ramollissement d'un tubercule. L'estomac montrait encore deux autres perforations conduisant directement à la cavité, qui contenait un liquide fécaloïde. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1881, p. 409, vol. 28.)

Aphasie transitoire, par Runeberg. — Petite fille de 9 ans, prise de convulsions à la suite d'une violente frayeur, au sortir desquelles elle resta pendant plusieurs mois privée de la parole. Les convulsisns se renouvelérent à plusieurs reprises. L'expulsion de quelques ascarides ne fut suivie d'aucun résultat. Puis dans le courant de l'été, les attaques diminuèrent et cessèrent définitivement, et, peu à près, la parole revint tout d'un coup. La simulation est à éliminer absolument. (*Schmidt's Jahrbücher*, février 1882).

Les voies de contagion de la tuberculose, par Tappenier. — La transmission de la tuberculose par l'inoculation, admise depuis Villemin, ne reste en somme qu'un fait expérimental et dont les conditions ne se réalisent jamais en clinique. L'auteur a institué une série d'expériences destinées à rechercher les voies ordinaires d'une contagion avérée. Il n'est pas arrivé à communiquer la tuberculose aux chiens, en mêlant à leur alimentation de la matière tuberculeuse : leur estomac aurait donc la force d'annihiler ces germes. En revanche, les inhalations spécifiques réalisent facilement la tuberculose expérimentale, résultat qu'il transporte à la pathologie humaine. D'autres expériences, en petit nombre il est vrai, montrent que l'infection ne se produit pas directement par l'intermédiaire de l'air expiré par la toux ou la respiration normale des poumons d'un phthisique : deux chiens soumis à cette atmosphère sont demeurés indemnes. Il ne reste plus qu'à incriminer les crachats des phthisiques : projetés sur le sol ou ailleurs, desséchés et divisés à l'infini, ils communiqueraient à l'atmosphère qui les balaye leurs propriétés spécifiques. C'est ce que de nouvelles recherches, poursuivies en ce moment, doivent démontrer directement. (*Deutsches Arch. für klin. Med.*, 1881, 29e V., p. 595).

Cas de mort par l'électricité. — Un homme de 22 ans travaillait dans un hôtel à la pose d'un fil téléphonique, dans le voisinage d'un courant électrique alimentant 117 becs d'éclairage, système Brush. Les fils de ce courant n'étaient ni isolés ni couverts. Ayant fait un faux mouvement, l'ouvrier y porta instinctivement la main pour éviter de tomber : une violente commotion le renversa inanimé ; la mort fut immédiate. On la rapporta au choc nerveux et à la paralysie cardiaque, en l'absence de toute lésion anatomique constatable. En raison de l'état hygrométrique de l'atmosphère, on pense que l'humidité qui imprégnait les vêtements de ce malheureux a dû favoriser la violence de la décharge. Dans tous les cas, plus de prudence et de prévoyance est recommandée aux constructeurs dans l'installation de l'éclairage par l'électricité dont l'emploi se généralise tous les jours. (*British med. Journ.*, 14 décembre 1881).

Lésions du fond de l'œil et de ses muscles, consécutives aux fractures du crâne, par Leber et Deutschmann. — Les auteurs ont observé 10 cas de cette nature, dans lesquels, à la suite d'une chute sur la tête, des troubles oculaires accompagnaient une fracture du crâne bien caractérisée par la perte de connaissance, les vomissements, l'hémorrhagie par le nez, la bouche et les oreilles, l'ecchymose sous-conjonctivale, etc. A l'exception d'un seul cas, l'amblyopie était unilatérale; on reconnaissait une atrophie papillaire avec intégrité de la circulation rétinienne, ce qui impliquait une lésion du nerf optique avant la rencontre de l'artère centrale de la rétine, c'est-à-dire dans le *foramen opticum* de la petite aile du sphénoïde. La lésion oculaire répondait presque toujours au côté de la fracture : une fois (chute sur le front) elle fut double. L'atrophie papillaire était déjà manifeste trois semaines après l'accident. Dans quelques cas, on observa simultanément la paralysie du moteur oculaire commun, ou du nerf moteur oculaire externe. Trois fois, il y eut paralysie motrice sans lésion du nerf optique. (*Arch. für Ophtalm.*, XXVII, d'après *Schmidt's Jahrbücher*, février 1882.)

Tubercules de la muqueuse nasale. — Chez un malade phthisique (phthisie pulmonaire et laryngée), il existait en divers points de la membrane de Schneider, et en particulier à l'extrémité antérieure du cornet inférieur, de petites tumeurs de la grosseur d'un petit pois, à base plus étendue et à la surface semée de granulations blanchâtres. Le voile du palais présentait de ces mêmes productions, dont le microscope confirma la nature tuberculeuse. Enlevées à l'aide du galvano-cautère, avec la zone d'induration périphérique, la cicatrisation se fit assez rapidement. (*Deutsches Arch. f. klin.*, XXVII, p. 586.)

Statistique des pneumonies traitées à l'hôpital général de Vienne en 1880 (publication offi-

cielle). — 525 cas : 367 hommes, 158 femmes. Les mois de l'année se classent ainsi en série croissante d'admissions : avril, janvier, mai, février et mars, juin, novembre, octobre, juillet et décembre, septembre et août. La mortalité a le plus frappé l'âge de 21 à 30 ans. La durée moyenne du traitement a été de 25,5 jours chez les malades qui ont guéri ; de 21,1 jours chez ceux qui ont succombé. Le siège le plus fréquent était le poumon droit : 273 cas, avec 73 décès; lobe supérieur, 25 fois (5 décès) ; lobe moyen, 8 fois (1 décès) ; lobe inférieur, 100 fois (18 décès) ; lobes supérieur et moyen, 5 fois (2 décès) ; moyen et inférieur, 26 fois (10 décès) ; et tout le poumon, 37 fois (24 décès).

Poumon gauche, 174 cas (33 décès) ; lobe supérieur, 22 fois (5 décès) ; lobe inférieur, 84 fois (10 décès) ; tout le poumon, 36 fois (14 décès).

78 fois, pneumonie double (29 décès). — Les deux lobes supérieurs, 6 fois (5 décès) ; les deux lobes inférieurs, 11 fois (1 décès) ; le lobe supérieur droit et inférieur gauche, 2 fois (1 décès) ; le gauche inférieur et le droit moyen, 2 fois (1 décès) ; les deux lobes inférieurs et le lobe droit moyen, 3 fois (1 décès) ; tout le poumon gauche et le lobe droit inférieur, 6 fois (2 décès) ; tout le poumon droit et le lobe inférieur du poumon gauche, 4 fois (4 décès) ; les deux poumons à la fois, 1 cas (1 décès.) (*Schmidt's Jahrbücher*, février n° 2, 1882.)

Un cas de transposition du cœur, par Pope et Edin. — Homme de 41 ans, entré à l'hôpital pour une pneumonie qui s'accompagne d'une grande dyspnée et de cyanose. La pointe du cœur ne se trouve en aucun point du côté gauche de la poitrine : elle battait à droite, à deux pouces au-dessous du mamelon, et à la même distance du bord droit du sternum. L'auscultation révélait une insuffisance mitrale ; le souffle, très localisé, ne s'entendait pas dans la direction de l'aisselle. Les battements cardiaques s'entendaient en arrière dans toute la base droite, non a gauche. Sur la déclaration du malade qu'il n'avait jamais eu ni pleurésie, ni empyème, ni péricardite, on dut songer à une transposition viscérale que l'autopsie vérifia. Le cœur avait ses dimensions et son poids normaux ; l'aorte montait derrière le sternum pour aller prendre sa place normale au côté gauche du rachis. La tricuspide était normale ; la mitrale soudée partiellement à la paroi ventriculaire. Les poumons en étaient à la période d'hépatisation grise ; le poumon droit était plus petit que le gauche, avec ses trois lobes. *Le foie et les autres organes avaient leur situation normale.* (*The Lancet*, 8 juillet 1882.)

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1882. — Présidence de M. Bouley.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. le docteur Mayor, lauréat de l'Académie.

2° Une lettre de M. le docteur Netter, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy, relative au moyen d'éviter, dans les épidémies de choléra, les inhumations d'individus encore vivants.

—

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Droixhe, de Huy (Belgique), une brochure intitulée : *Généralités sur la médecine pratique de l'enfance.*

M. Polaillon présente, au nom de Mme Madeleine Brès, docteur en médecine, un travail manuscrit intitulé : *Analyse du lait des femmes Galibis du Jardin d'acclimatation.*

M. Jules Rochard présente, au nom de M. le docteur Bérenger-Féraud, membre correspondant, un volume intitulé : *Traité théorique et clinique de la dysentérie.*

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur Jacolot (de Lorient), une brochure intitulée : *Trachéotomie et laryngotomie d'urgence avec le trocart-trachéotome.*

—

M. Blot demande la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, pour soumettre à l'Académie les réflexions qui lui ont été suggérées par les remarques dont M. Henri Bouley a fait suivre la note de M. Peuch (de Toulouse) sur l'injection sous-cutanée du virus de la clavelée, atténué par dilution. M. Bouley a dit, en parlant des recherches de M. Peuch : « Il y a là une indication toute naturelle, pour les médecins qui exercent en Afrique, de répéter sur la population arabe, avec le virus varioleux atténué par dilution, les injections sous-cutanées de ce virus varioleux, pour remplacer la vaccination à laquelle elle ne se soumet pas volontiers. »

M. Blot s'élève contre cette proposition faite à nos confrères d'Afrique. D'abord cette résistance des Arabes à la vaccination a cessé depuis longues années, comme le prouvent les très nombreux travaux adressés chaque année, sur ce sujet, par les médecins de l'armée.

C'est par vingtaine et trentaine de mille qu'ils inoculent les indigènes avec le vaccin que l'Académie leur adresse. Grâce à cette sage pratique, ils ont pu, maintes et maintes fois, enrayer des épidémies varioleuses très graves, qui menaçaient de faire de nombreuses victimes parmi nos colons et nos soldats.

En second lieu, si le conseil de M. Bouley était suivi, on ne ferait ni plus ni moins que substituer à la vaccine, comme moyen prophylactique de la variole, le virus varioleux. Or, c'est là une idée dangereuse, même en employant ce virus dilué, dont l'action peut varier suivant les différents individus. Cette pratique est dangereuse pour l'inoculé et pour ceux qui l'entourent.

En effet, on ne peut prévoir d'avance ce que produiraient les injections du virus varioleux même dilué. M. Bouley a dit lui-même que les expériences de M. Peuch sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Il serait donc illogique et blamâble de faire des expériences sur des êtres humains, alors que nous possédons un moyen inoffensif et qui a fait ses preuves.

Nos confrères d'Afrique doivent donc attendre prudemment que la démonstration soit *parachevée* et encore, même à ce moment, M. Blot ne voit pas bien en quoi quelques cicatrices vaccinales, que laissera l'opération de Jenner, peuvent être comparées aux accidents graves, locaux ou généraux, auxquels pourront donner lieu les injections sous-cutanées de virus varioleux, même atténué par dilution.

De plus, M. Blot ne voit pas comme on pourra faire ces injections sous-cutanées, sans cautériser la plaie d'entrée qu'on sera nécessairement obligé de faire.

Il ne faut pas, d'ailleurs, oublier l'un des facteurs du problème, la *réceptivité individuelle* si variable, pour se laisser entraîner à ne considérer que les caractères du virus qu'on veut inoculer. Or, comment savoir d'avance le degré de réceptivité, pour la variole, des individus que l'on soumet à la *variolisation.* Et si cette détermination ne peut pas être faite d'avance, cela n'impose-t-il pas l'obligation rigoureuse de ne rien faire au delà des limites que la prudence la plus élémentaire ne doit pas dépasser, surtout quand on a à sa disposition un moyen aussi sûr, aussi eficace et d'une application aussi simple que la vaccine.

Nous n'avons donc, dans l'état actuel de la science, aucun prophylactique de la variole qui puisse être sagement préféré à la vaccine

M. Bouley se réserve de prendre la parole dans la prochaine séance pour répondre à M. Blot.

M. Jules Guérin fait remarquer à M. Blot que le procédé des injections sous-cutanées, tel qu'il l'a conseillé et pratiqué, n'expose nullement à la contamination de la plaie d'entrée, puisque l'injection se fait après que la plaie sous-cutanée a été opérée à l'aide d'un instrument différent de celui qui sert à pratiquer l'injection.

—

M. Tarnier fait une communication sur l'allaitement des enfants. Il commence par faire le procès du biberon auquel il préfère de beaucoup la cuiller ou la timbale quand l'enfant ne peut pas être nourri au sein.

Toutes les variétés de lait conservé, bonnes peut-être pour les adultes ou les navigateurs, ne valent absolument rien pour les enfants nouveau-nés. Dans la pensée de M. Tarnier, rien ne vaut l'allaitement maternel qui est, de l'avis de tous les médecins, sans comparaison possible avec les autres modes d'allaitement.

L'allaitement artificiel à Paris a donné des résultats désastreux, ainsi que le démontrent les chiffres communiqués par M. Bertillon.

En 1881, il y a eu à Paris 60,856 naissances; sur ce nombre, 14,571 enfants ont été envoyés en nourrice hors Paris, et 46,285 sont restés à Paris.

Sur ces 46,285 enfants restés à Paris, 10,180 sont morts, soit une mortalité de 22 p. 100.

Sur ces 10,180 enfants, 5,202 (plus de la moitié) meurent par athrepsie, c'est-à-dire de mauvaise alimentation. Or, sur ces 5,205 enfants, morts d'athrepsie, 3,067 étaient nourris au biberon.

L'orateur montre ensuite, dans une causerie familière, pleine d'humour et de verve, qui pourrait être justement intitulée : Exposé critique du bilan de nos ignorances sur les conditions d'un bon allaitement artificiel, l'incertitude de la science sur ce sujet si important. Il termine par les conclusions suivantes :

1° La vie des enfants du premier âge ne peut être bien sauvegardée que par l'allaitement maternel. Celui-ci doit donc être encouragé par tous les moyens possibles.

2° Si le lait de la mère est insuffisant, il convient d'y suppléer par l'allaitement mixte.

3° L'allaitement par une nourrice, favorable pour le nourrisson qui est allaité, est dangereux pour l'enfant de la nourrice.

4° L'allaitement artificiel est de beaucoup inférieur à l'allaitement par le lait de la femme ; il est toujours entouré de grands dangers, quoi qu'on fasse et que lque soit le lait employé, en quelque lieu que ce soit; il ne faut donc y avoir recours que lorsqu'il est absolument impossible de faire autrement.

5° Pour tâcher d'amoindrir les dangers fatalement inhérents à l'allaitement artificiel, il serait très utile que les nombreuses questions qui s'y rattachent pussent être expérimentalement étudiées par l'Académie elle-même;

6° Il est à désirer qu'une étable d'essai, pour vaches et ânesses, soit établie dans l'un des quartiers de Paris et fournisse gratuitement aux familles pauvres de ce quartier le lait destiné aux enfants du premier âge;

7° Une statistique comparative montrera bientôt quelle influence le lait fourni par l'étable d'essai peut avoir sur la mortalité des enfants; si la statistique était favorable, la création d'étables modèles serait généralisée dans la ville de Paris suivant les besoins de la population;

8° Une crèche destinée à recueillir les enfants abandonnés serait annexée à l'étable d'essai. Ces enfants y seraient élevés au moyen de l'allaitement artificiel, sous la direction d'une commission nommée par l'Académie et chargée de rechercher par quelles règles hygiéniques on peut tirer le moins mauvais parti possible de l'allaitement artificiel. Cette crèche serait supprimée dès que la commission aurait terminé son travail. (Applaudissements répétés.)

—

L'Académie procède à la nomination de diverses commissions de prix pour 1882. Voici les résultats du scrutin :

Prix de l'Académie. — MM. Robin, Lancereaux et Vulpian.
Prix Portal. — MM. Sappey, Peter et Parrot.
Prix Civrieux. — MM. Charcot, Baillarger et Jaccoud.
Prix Capuron. — MM. Blot, Depaul et Tarnier.
Prix Barbier. — MM. Bourdon, Ernest Besnier et Bouley.
Prix Godard. — MM. Hardy, Hérard et Moutard-Martin.
Prix Desportes. — MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul et Oulmont.
Prix H. Buignet. — MM. Regnauld, Gautier et Baudrimont.
Prix Itard. — MM. Empis, Marrotte et Noël Gueneau de Mussy.
Prix Falret. — MM. Lasègue, Blanche et Mesnet.
Prix de l'Hygiène de l'enfance. — MM. de Villiers, Lagneau et Roussel.
Prix Saint-Paul. — MM. Bergeron, H. Roger et Guéniot.

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 15 au 21 septembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès: 932. — Fièvre typhoïde, 53. — Variole, 6. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 40. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 40. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchites aiguës, 7. — Pneumonie, 48. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 82; au sein et mixte, 38; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 75 ; circulatoire, 68 ; respiratoire, 34 ; digestif, 39 ; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 38e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,196 naissances et 932 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,034, 1,006, 934, 991. Le chiffre de 932 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation oour la Fièvre typhoïde (53 décès au lieu de 75 pendant la 37e semaine), la Variole (6 au lieu de 10), l'Infection puerpérale (5 au lieu de 8) ;

Une aggravation pour la Diphthérie (40 décès au lieu de 27), la Rougeole (8 au lieu de 5).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 4 décès par Coqueluche (au lieu de 2), et 3 par Scarlatine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (14 malades reçus du 11 au 17 septembre (au au lieu de 22 entrés pendant les 7 jours précédents), et supérieur pour la fièvre typhoïde (233 au lieu de 75), et pour la Diphthérie (34 au lieu de 16).

Ce sont les adultes qui ont bénéficié de l'atténuation constatée cette semaine sur l'ensemble des décès par maladies infectieuses. Les maladies de la seconde enfance. Rougeole, Scarlatine, Diphtérie, on fait plus de victimes; de là une mortalité plus considérable sur les âges de 2 à 15 ans et une diminution de la mortalité des âges suivants.

L'abaissement de la température a eu pour conséquence de rendre moins nombreux les décès d'enfants du premier âge. Il y a eu 124 décès par Athrepsie au lieu de 149 qui avait été le chiffre de la dernière semaine. Il est intéressant de remarquer que la diminution porte exclusivement sur les enfants nourris au biberon. Ce fait vient confirmer une fois de plus l'opinion qui attribue aux diverses altérations que les fortes chaleurs font subir au lait, le nombre excessif de nourrissons enlevés, chaque année, par l'Athrepsie, durant la saison chaude.

Les décès par Fièvre typhoïde ont été moins nombreux cette semaine, mais, à en juger par le chiffre des entrées dans les hôpitaux, il y aurait eu plus de cas d'invasion. L'épidémie demeure donc encore menaçante. Les XVII[e] et XVIII[e] arrondissements semblent toujours être son siège de prédilection, tandis que certaine circonscriptions, comme les XIII[e], XIV[e] XV[e] et XVI[e] arrondissements, fournissent peu ou pas de décès typhoïdiques. Notons également que les arrondissements du centre ont été relativement épargnés jusqu'à ce jour.

D[r] Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Moyen de remédier aux excoriations du sacrum. — Colvis.

Dans les maladies graves, telles que la fièvre typhoïde par exemple, qui s'accompagnent si souvent d'excoriations ou même d'eschares au sacrum, on peut, pour éviter ces graves complications, prescrire l'emploi du matelas d'eau. Mais dans le cas où il est impossible de se procurer cet appareil assez coûteux, il est avantageux de recourir au moyen suivant : — On fixe sur le drap, à l'aide de 4 épingles, une feuille de caoutchouc vulcanisé (et non une toile caoutchoutée), mesurant au moins 50 centimètres de côté, et on fait en sorte que le siège du malade repose constamment à nu sur cette feuille polie et douce au toucher. On prévient ainsi, l'usure de la peau sur la trame du linge, et par de fréquents lavages du caoutchouc, on soustrait facilement le sacrum au contact de l'urine et des matières fécales, qui déterminent d'abord les excoriations et plus tard la gangrène. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — MM. Chapus, Broca, Tuffier, Ricard, Hache, Wickam, Bernier et Poupinel sont nommés aides d'anatomie pour trois années à dater du 1[er] octobre prochain.

Concours. — Par arrêté en date du 7 septembre 1882, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle sera ouvert le 12 mars 1883, à l'École préparatoire de Clermont-Ferrand.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE PALUSTRE DE LA GARNISON DE BATNA EN 1881,

Par le docteur Regnier, médecin en chef de l'hôpital.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 26 septembre.)

Influence exercée par le sol et par le climat de l'Algérie. — Le sol de l'Algérie est imprégné de miasmes palustres dont les effets ont été grandement atténués depuis l'occupation française, par la culture, par l'aménagement des eaux, l'assèchement des marais. Les localités réputées les plus salubres, Philippeville, Constantine, Batna, imposent au nouvel arrivant un tribut de fièvre dont la gravité, plus ou moins grande, varie selon de nombreuses circonstances.

En 1881, l'hôpital de Batna a reçu 108 malades de la garnison atteints de fièvre intermittente, 35 atteints de fièvre rémittente, et enfin 43 de fièvres typhoïdes, qui, par l'étiologie et par l'ascension périodique de la température, doivent être classées parmi les maladies palustres.

L'épidémie de fièvre typhoïde, dont nous retraçons les faits saillants, comprend deux groupes :

1º Les fièvres typhoïdes palustres, qu'il est facile de reconnaître au tracé des températures et aux indications thérapeutiques qu'elles réclamaient ; tous les malades qui ont présenté cette forme étaient nouvellement arrivés en Algérie ;

2º Les fièvres typhoïdes à forme moyenne, qui se reconnaissent également au tracé des températures, à l'évolution normale de la maladie. Les malades qui en sont affectés sont les infirmiers par exemple, qui, en nombre insuffisant, ont dû fournir un travail au-dessus de leurs forces dans l'atmosphère toujours malsaine des salles, à l'époque où nous avions 160 malades en traitement à l'hôpital. Les quel-

FEUILLETON

CAUSERIES

Une opinion erronée de M. Jules Simon sur les progrès de la science médicale. — La manie de la destruction. — Suicides et duels. — La quarantaine contre le choléra. — Armes perfectionnées par un médecin. — Le Congrès antisémitique de Dresde. — A propos de la mort d'Hillairet.

Je viens, chers lecteurs, de lire le premier numéro d'un journal intitulé : La *Réforme sociale*, paru à Naples la semaine dernière. Ce journal n'a et n'aura probablement jamais d'attaches bien marquées avec notre profession, et si je vous en parle, c'est à cause d'un petit passage qui s'y est glissé par hasard probablement, et me paraît prêter à la discussion. La première page du numéro contient un article de M. Jules Simon, en français, et quelle que soit l'opinion que l'on ait sur M. Jules Simon, ce qu'il écrit mérite toujours d'être lu. Or, cet article, consacré à l'importance des réformes dont a besoin notre Société actuelle, renferme les lignes suivantes :

« Vous autres politiciens, Messieurs, vous être des médecins du corps social, et il vous arrivera ce qui arrive aux médecins de nos corps. Les médecins de nos corps livrent incessamment bataille à la mort et aux infirmités ; ce sont leurs deux ennemis. Je ne sais pas s'ils ont gagné du terrain sur la mort ; j'incline à le croire ; je pense que la moyenne de la vie humaine a quelque peu augmenté ; mais la science ne doit pas compter sur de grands triom-

ques cas de contagion que nous avons constatés, et d'autres passés inaperçus dans leur origine, ont également présenté dans l'évolution de la maladie la courbe normale de la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde palustre, dont l'existence est mise hors de doute depuis le travail publié en 1879 par notre savant maître, M. Colin, médecin-inspecteur (1), est une affection fréquente dans les pays palustres. En ce moment, sous l'influence des pluies abondantes du printemps, nous constatons dans la population civile de Batna plusieurs cas de fièvre intermittente de première invasion, indiquant une intoxication palustre assez profonde. A côté de ces fièvres d'accès, nous voyons plusieurs cas de fièvre typhoïde d'intensité moyenne et qui, certainement, relèvent de l'influence palustre.

Pourquoi l'impaludisme se manifeste-t-il, chez les uns, sous forme de fièvre intermittente et rémittente; chez les autres, sous forme de fièvre typhoïde?

La fièvre typhoïde palustre résulte évidemment de l'action combinée du miasme palustre et du miasme typhoïgène; s'il est facile de déterminer les sources infectieuses palustres, il n'en est plus de même du miasme typhoïgène; nous en sommes réduits à admettre tantôt une septicémie autochthone, tantôt une infection due à un foyer extérieur. Pour l'épidémie qui nous occupe, nous ne pouvons indiquer qu'une cause ayant exercé une influence puissante sur le développement de la fièvre typhoïde. Ce sont les perturbations fonctionnelles subies par de jeunes organismes en voie de développement.

Dans notre relation de l'épidémie de fièvre typhoïde du 102e à Courbevoie, en 1873, nous trouvons un tableau qui fait ressortir la facilité avec laquelle les jeunes gens qui ont de 1 à 4 ans de service sont pris de fièvre typhoïde, et l'immunité presque complète dont jouissaient les soldats ayant de 5 à 6 ans de service.

INCUBATION. — Les premiers symptômes apparaissent quinze jours, un mois après l'arrivée des hommes à Batna.

Dans un cas, le malade mourait une heure après son arrivée à Batna. L'autopsie révéla des lésions intestinales au huitième ou dixième jour. Ce soldat était un des hommes les plus robustes du 126e; venu par étapes de Philippeville à Batna avec un détachement n'ayant pas de médecin, il marcha pendant le 1er septénaire de la fièvre typhoïde sans se douter qu'il était aussi gravement atteint.

(1) *Archives générales de médecine et de chirurgie*, 1er septembre 1879.

---

phes de ce côté-là. Au contraire, elle combat victorieusement les infirmités; la vieillesse commence plus tard, elle est moins douloureuse et moins impuissante. »

Malgré tout le respect que j'ai pour le talent et l'instruction de M. Jules Simon, je ne suis pas du tout de son avis lorsqu'il dit que la science n'a guère de puissance sur la mort; il me paraît même bien oublieux des conquêtes que la science a faites dans cette voie depuis un siècle, et surtout dans ces dix dernières années. On peut les rappeler en peu de mots.

Les grands fléaux qui assaillaient les populations il y a un siècle, sous forme d'épidémies ou d'endémies, étaient le typhus, les fièvres rémittentes ou intermittentes, la petite vérole, la diphthérie, puis est venu le choléra. Je ne parle pas de la syphilis, qui n'a été meurtrière qu'au XVIe siècle, ni de la peste, dont l'Europe n'a plus subi les atteintes depuis à peu près la même époque. La science n'a-t-elle dont rien fait contre ces fléaux? Contre le typhus et les fièvres typhoïdes, elle a élevé une barrière qui n'est pas encore infranchissable, mais qui a fort enrayé leur marche toutefois : l'assainissement des camps, des pays envahis, des villes et une meilleure hygiène des habitants. Contre les fièvres intermittentes et rémittentes, la science a trouvé le dessèchement des marais et le sulfate de quinine, cet admirable médicament qui nous a permis de conserver l'Algérie, alors que nos armées, décimées par les fièvres d'accès, allaient être obligées de l'abandonner. Contre la variole, nous avons la vaccine, et si nous voyons encore cette affreuse maladie exercer de trop grands ravages, ce n'est pas à la science qu'il faut s'en prendre, mais aux intéressés, qui refusent trop souvent la vaccination. Contre le choléra, nous avons les quarantaines qui nous ont préservés de ses atteintes depuis qu'elles fonctionnent régulièrement. N'est-ce pas la science médicale qui, après avoir étudié la marche du choléra, est venue dire aux gouvernements : « Vous pouvez éviter d'être envahis par l'épidémie cholérique en forçant les navires qui viennent des pays infectés à se désinfecter avant

Symptômes. — Toutes les fièvres typhoïdes que nous avons eu à traiter ont débuté brusquement par trois ou quatre accès de fièvre contre lesquels le sulfate de quinine a toujours été impuissant.

La fièvre typhoïde débutait comme la fièvre intermittente; les symptômes classiques de la maladie n'apparaissaient que du cinquième au sixième jour. Nous exceptons de cette particularité les fièvres typhoïdes par contagion. La maladie déclarée évoluait selon la forme qu'elle revêtait; les différentes formes que nous avons observées présentaient un caractère commun, l'ascension brusque du thermomètre le soir suivi d'une grande rémission le matin. Il semble que le cours normal de la fièvre typhoïde se soit compliqué d'accès de fièvre intermittente. Si ces accès palustres pouvaient échapper à l'observation pendant le cours de la maladie, ils apparaissaient avec une netteté classique dans la convalescence.

En dehors des symptômes que l'on observe dans le cours normal des fièvres typhoïdes, nous avons observé des selles sanguines chez un malade atteint d'une fièvre adynamique, elles ont cédé à l'application de compresses vinaigrées sur le ventre et à quelques lavements astringents. Le malade a guéri.

Un de nos malades, arrivé à la défervescence d'une fièvre adynamique des plus graves fut pris d'un érysipèle de la face, en même temps que le corps se couvrait de taches pétéchiales.

Cette complication entraîna la mort du malade, qui ne put faire les frais de cette nouvelle pyrexie. Nous avons enfin perdu un homme du 90e qui, entièrement remis d'une fièvre adynamique, car il se levait et se nourrissait bien (2 portions, 4 de vin), fut pris d'une syncope mortelle.

Si les recherches étiologiques nous ont amené à admettre l'influence palustre, l'étude des symptômes, l'irrégularité, la périodicité des ascensions thermiques confirment le titre de fièvre typhoïde palustre.

Diverses formes de la maladie. — La forme adynamique a atteint 20 hommes, dont 8 ont succombé :

1 au dixième jour; 1 au onzième jour; 1 au douzième jour; 1 au seizième jour; 1 au vingt-deuxième jour; 1 au vingt-quatrième jour; 1 au trentième jour (syncope en pleine convalescence); 1 au cinquantième jour (érysipèle).

Le symptôme le plus caractéristique de cette forme est l'adynamie; l'élévation de la température est considérable, mais la périodicité apparaît avec moins de netteté, elle semble masquée, dominée par l'adynamie.

---

d'entrer dans vos ports; aux voyageurs par terre à en faire autant; aux commerçants à attendre pour faire venir leurs marchandises de ces pays, que le mal soit éteint?

Et quels progrès la science n'a-t-elle pas faits depuis vingt ans par la connaissance raisonnée et démontrée des parasites et des virus comme causes des maladies? On peut arrêter la marche des épidémies par la formation de cordons sanitaires, mais on peut encore, ce qui est un immense pas de plus dans la voie du progrès, éteindre le mal sur place en lui opposant des vaccinations préventives ou des applications de substances antiparasitaires et antiseptiques. La pourriture d'hôpital et l'infection purulente, ces deux grandes causes de mortalité après les blessures, qui tuaient plus de monde après les batailles que les batailles elles-mêmes, n'existent plus qu'à l'état de souvenir, grâce aux travaux de ces hommes qu'on ne saurait trop louer : Tyndall, Pasteur, Lister. Ils ont tellement révolutionné la chirurgie qu'ils en ont fait une science, d'un art pur et simple qu'elle était encore; ils ont fait que les hôpitaux, alors véritables réceptacles de causes de mort, sont devenus aussi sains que la pièce la mieux aérée et la mieux isolée, et à tel point que dans presque tous les services un sujet sain avant d'être blessé ne meurt plus que des blessures qui sont mortelles par elles-mêmes. Oui, la science a gagné beaucoup de terrain sur la mort. Peut-être n'en a-t-elle pas gagné autant sur les infirmités, et en cela je serais encore en contradiction avec M. Jules Simon, mais la discussion de ce point pourrait m'entraîner trop loin pour une simple causerie et j'aime mieux m'en tenir là.

***

C'est d'ailleurs bien heureux que les médecins aient trouvé quelques moyens de combattre la mort, car les mortels semblent actuellement en proie à une manie de destruction qui de-

Les 42 autres cas appartiennent à la forme moyenne, qui se divise en deux groupes bien distincts, forme moyenne palustre et forme moyenne simple.

La forme moyenne palustre atteint 22 hommes et se caractérise dans son évolution par la marche thermique, qui se rapproche souvent du tracé thermique de la fièvre intermittente.

Mais les signes généraux fournis par le système nerveux, stupeur, bourdonnements d'oreille; par le tube digestif, langue saburrale, fuliginosités, tympanisme et diarrhée ,ne permettent pas au diagnostic d'hésiter.

La forme moyenne simple atteint vingt hommes et ne présente aucune particularité.

Traitement. — Au début, le calomel à la dose d'un gramme dans 20 grammes de miel vide l'intestin et permet l'absoption plus facile des médicaments. Pendant le cours de la maladie, nous revenions quelquefois au purgatif léger.

Des compresses vinaigrées sur le front, sur les poignets lorsque la fièvre est très violente, sur le ventre, lorsque le météorisme est très prononcé, des lotions vinaigrées et fraîches pratiquées sur tout le corps, répétées deux, quatre et six fois par jour, dans le double but de modérer la température et de favoriser les fonctions de la peau. Dès que le diagnostic de fièvre typhoïde était posé, nous avions recours au salicylate de soude, 4 à 6 grammes dans 20 grammes d'alcool.

L'action antipyrétique de ce sel est manifeste; il abrège de quelques jours la durée de la maladie et ménage les forces des malades en diminuant les déperditions.

Le salicylate doit être administré avec persévérance, son action anti-pyrétique ne se manifeste qu'après plusieurs doses. Il n'amène pas une défervescence absolue, mais diminue la température de 1° environ chaque jour. Il nous est arrivé plusieurs fois de suspendre un seul jour le salicylate, la température qui était de 37° revenait à 38°,5. D'où résulte l'indication d'administrer le salicylate journellement et de ne le suspendre qu'à la convalescence, lorsque la température est redevenue normale.

Le salicylate de soude rend de grands services lorsque la maladie évolue régulièrement, mais dès que les ascensions thermiques deviennent brusques, irrégulières, il faut recourir à la quinine. Nous avons souvent pratiqué des injections hypodermiques de chlorydrate de quinine, qui ont été fréquemment suivies d'une défervescence très grande.

---

vient fort inquiétante. Depuis longtemps, je crois, on n'avait vu une telle quantité de duels, de suicides, d'assassinats que depuis quelques années. A la vérité les duels ne sont pas très meurtriers, puisque ceux qui se sont occupés de statistique à cet égard n'ont guère relevé qu'un cas de mort sur 1,000 duels; j'entends de mort immédiate, car je crois que les accidents consécutifs sont souvent plus nuisibles que cela ; il est vrai encore qu'on ne doit guère s'effrayer des duels au pistolet quand les témoins ont placé les adversaires à trente-cinq pas l'un de l'autre, surtout par un temps de brouillard, auquel cas la lutte est même plus dangereuse pour les assistants que pour les duellistes; néanmoins la mode s'en répand par trop, et, à force de se battre, on finit bien par tuer quelqu'un. Quant aux suicides, ils commencent maintenant presque dès le berceau, et n'a-t-on pas lu dernièrement dans les journaux le récit d'une pendaison double exécutée par deux amants de 14 et 15 ans ? Où cela s'arrêtera-t-il ?

***

Je disais tout à l'heure que la science avait dans les quarantaines un excellent moyen de parer au choléra, mais encore faut-il qu'il soit appliqué, et il est des cas dans lesquels la science est réduite à l'impuissance bien malgré elle. Par exemple, on a institué une commission internationale ayant pour mission de guetter l'éclosion du choléra dans l'Inde, son berceau, et de s'opposer à sa marche vers l'Europe. Dernièrement, on signale quatre cas de choléra à Bombay; immédiatement la commission internationale interdit le passage de la mer Rouge et du canal de Suez aux navires venant de l'Inde. Mais le gouvernement anglais, ayant besoin de ses troupes indiennes pour réduire Arabi et les Egyptiens révoltés, laissa protester la commission et n'en passa pas moins outre. Que serait-il arrivé si la résistance des rebelles

Le sulfate de quinine, et le vin de quinquina particulièrement, nous ont paru très efficaces dans la convalescence; mais pendant le cours de la maladie, nous donnons la préférence au salicylate.

A ces moyens, nous ajoutions les plus grands soins de propreté de la bouche. Une potion à l'extrait de quinquina et au vin de Banyuls dans les cas graves, et enfin le musc et l'acétate d'Az. H^3, dans les cas où la stupeur et l'adynamie faisaient de apides progrès.

Mortalité. — La mortalité a été relativement faible; sur 62 malades, nous en avons perdu 8, soit 12.9 pour 100.

CONCLUSIONS. — Une épidémie de fièvre typhoïde sévit en 1881 sur la garnison de Batna, effleurant à peine les corps permanents d'Algérie, pesant lourdement sur toutes les troupes venues de France. Le casernement, l'alimentation, l'eau, les travaux, en un mot toutes les conditions dans lesquelles se meuvent nos hommes, sont entièrement conformes aux lois de l'hygiène. L'endémie palustre, seule, exerce son action et se traduit par 108 fièvres intermittentes, 35 fièvres rémittentes et 42 fièvres typhoïdes palustres. L'examen des symptômes confirme les résultats de l'étude étiologique : l'irrégularité, l'ascension brusque, quelquefois périodique, des températures justifient le diagnostic de fièvres typhoïdes palustres.

Le salicylate de soude et la quinine sont les deux grands agents du traitement. Le salicylate de soude rend de grands services lorsque la maladie évolue régulièrement; mais dès que l'ascension thermique est brusque, irrégulière, la quinine reprend tous ses droits et donne les meilleurs résultats.

Les injections hypodermiques, en assurant l'absorption immédiate, sont souvent suivies d'une défervescence très complète.

APPENDICE.

Fréquence de la fièvre typhoïde à Batna. — Il nous a paru intéressant de rechercher dans quelles proportions la fièvre typhoïde sévit à Batna.

Nos recherches portent sur les douze années qui précèdent, et donnent le résultat suivant : La fièvre typhoïde est rare à Batna; elle n'apparaît qu'au moment où des opérations militaires y amènent la formation de colonnes de 2 à 3,000 hommes (expédition d'El-Goléah, affaire d'El-Amri, insurrection de l'Aurès, campagne de la Tunisie).

---

eût continué ? Je pense que l'Angleterre aurait continué également de faire venir de l'Inde des soldats et des approvisionnements, et le choléra par surcroît; que ce dernier aurait envahi l'Egypte avec ou sans l'armée anglaise, et qu'il aurait rapidement franchi l'espace qui l'aurait séparé de l'Afrique et de l'Europe. On ne peut trop se féliciter, à ce point de vue au moins, de la rapidité avec laquelle sir Garnet Wolseley a étouffé dans l'œuf la rébellion d'Arabi ; mais on ne peut trop non plus regretter le peu de solidité des conventions internationales, qu'elles soient conclues dans le but d'arrêter le choléra ou de protéger les blessés, quand un gouvernement fort à un intérêt quelconque à les violer.



Pendant que la plupart de nos maîtres s'efforcent de reconnaître les causes de la mort, et de les combattre, un de nos confrères américains, le docteur Mac Lean, met toute son industrie au service du perfectionnement des moyens de destruction. Il vient, paraît-il, car je ne l'ai pas vu, d'inventer un fusil qui, une fois chargé, tire 128 coups de suite; puis un canon de campagne, que deux hommes suffisent à manœuvrer, et qui tire 28 coups par minute avec une grande précision et à plus de deux milles de distance (le mille vaut 1,609 mètres, pour votre gouverne); puis un autre canon d'un calibre plus fort que le précédent et tirant 48 projectiles à la minute; puis un autre canon, manœuvré encore par deux hommes, et envoyant en quelques secondes 150 boîtes à mitraille; enfin, pour le bouquet, une mitrailleuse projetant à la minute 1,152 balles, pas une de plus ni de moins.

N'admirons pas trop notre confrère; il nous paraît bien inférieur au bonnetier normand dont parle Oscar Comettant, dans son *Voyage aux Etats-Unis*, et qui utilisait les loisirs que lui laissait sa vieillesse à inventer des engins de destruction. Sa dernière trouvaille était la

Influence exercée par la nappe souterraine sur le développement de la fièvre typhoïde. — La nappe souterraine a subi, depuis 1855, un abaissement progressif; sous l'influence des cultures maraîchères, des nombreuses norias et de la sécheresse persistante, la nappe qui était à 0 mètre 50, en 1855, est descendue progressivement jusqu'à 6 mètres 30, en 1880 et 1881.

Ces hauteurs ont été notées avec le plus grand soin par M. Jus, ingénieur civil à Batna, et sont consignées dans ses rapports.

La théorie de L. Bulh, reprise par Pettenkoffer, sur la genèse de la fièvre typhoïde, pourra-t-elle expliquer l'origine de l'épidémie de 1881.

Dans le but de mettre en relief les rapports qui peuvent exister entre l'ascension ou la descente de la nappe et l'augmentation ou la diminution du nombre de fièvres typhoïdes, nous avons établi parallèlement les courbes de la nappe souterraine et du nombre de fièvres typhoïdes pour une période de douze années.

En comparant les deux tracés, on est frappé de l'accroissement du nombre de fièvres typhoïdes coïncidant avec l'abaissement progressif de la nappe souterraine. Et cependant, comment expliquer par la seule influence du niveau de la nappe souterraine, 6 mètres 30 en 1880 et 1881, les 5 cas de fièvre typhoïde fournis par la garnison en 1880 et les 62 cas que nous trouvons en 1881 ? Malgré l'abaissement progressif de la nappe depuis 1855, la fièvre typhoïde est également rare à Batna dans l'armée et dans la population civile.

Le nombre des fièvres typhoïdes est, au contraire, intimement lié aux évènements militaires qui nécessitent le passage, la formation de colonnes importantes à Batna.

Les troupes qui concourent à la formation de ces colonnes paient à la fièvre typhoïde palustre un tribut d'autant plus lourd qu'elles sont moins acclimatées. La théorie de Pettenkoffer, appliquée à la contrée de Batna, ne donne donc que des résultats négatifs.

Congrès international d'hygiène de Genève

LA QUESTION DE L'ALCOOLISME.

Il y a beau temps que les savants et les philanthropes font universellement croisade contre l'alcoolisme et les dangers de l'abus des liqueurs fortes. Mais à la grande honte et au détriment de l'humanité, leurs voix ne paraissent guère avoir été entendues. Sans désespérer de la

bombe asphyxiante. Avec deux ou trois de ces projectiles, on pouvait asphyxier les défenseurs d'une flotte ou d'une forteresse, sans danger pour soi-même; il suffisait alors d'attendre un certain temps, nécessaire au renouvellement de l'air, et on s'emparait des navires ou de la forteresse même sans avoir la peine de se baisser. Renvoyé au docteur Mac Lean. En même temps, je me permettrai de lui conseiller de ne pas aller visiter ses malades avec son fusil, car on pourrait l'accuser d'avoir peur..... de les manquer.

*
* *

Un des Congrès qui viennent d'avoir lieu, car dans cette saison il en pleut (s'il ne pleuvait que cela !), nous a inspiré de vives inquiétudes sur l'état mental de nos voisins d'outre-Rhin. Ce congrès, organisé par un pasteur et un publiciste, ne tendait rien moins qu'à l'anéantissement complet de la race juive. Comme ils y vont, nos voisins ! Ils ressemblent fort aux enfants, qui ont toujours envie de casser quelque chose, et qui en effet détruisent tout. Depuis une quinzaine d'années, l'instinct de la destruction paraît avoir fait des progrès effrayants dans leurs vastes crânes : le Danemark, le Hanovre, l'Autriche, et nous ! Quelle effroyable débauche d'existences ! Ils cassent tout, et ils ont encore envie de casser. Pour en revenir aux Juifs, les organisateurs du Congrès anti-sémitique de Dresde, que je ne veux pas nommer, non pas par respect pour eux, vous le comprenez bien, mais parce qu'ils ne le méritent guère, ont proposé de les envoyer au bûcher, soit directement, soit en les faisant passer par les tribunaux de l'Inquisition, reconstituée pour leur usage particulier. Le flot juif, repoussé de la Russie, s'est frayé un chemin vers l'Allemagne et il arrive en France. Il vient même de s'en installer un assez grand nombre, à Montmartre, où on ne sait trop pourquoi, la population paraît les regarder d'un assez mauvais œil.

raison éternelle, dit-on, et de l'instinct de conservation inné à tout être vivant, il faut avouer que le problème est loin d'être résolu ; que les progrès du fléau sont plus menaçants que jamais et que, par conséquent, les solutions proposées et les remèdes employés jusqu'à ce jour sont illusoires ou tout au moins inefficaces.

C'est donc avec raison que les membres du Congrès d'hygiène de Genève ont envisagé cette question d'intérêt général, au point de vue économique et social.

S'il est en effet un problème dans lequel la science ait besoin, pour l'exécution de ses décisions, de la sanction des mesures législatives, c'est assurément celui de l'alcoolisme. Seulement on peut se demander si, jusqu'à ce jour, la question avait été nettement posée ou pour le moins considérée sur le terrain des réformes pratiques. Les discussions du Congrès de Genève auront l'avantage de l'avoir fait envisager sous ce rapport, et cet heureux résultat est dû, il faut le reconnaître, en grande partie du moins, à l'intervention d'un économiste distingué, M. Alglave, professeur à la Faculté de droit de Paris.

On connaît les recherches si remarquables de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigné, et on n'a certes pas oublié les travaux de M. Lunier, ni les communications de M. Rabuteau aux Sociétés savantes. Ces études ont démontré la puissance toxique des alcools inférieurs, toxicité d'autant plus grande que l'alcool tient un rang plus élevé dans la série chimique. Or, comme l'a fait observer M. le docteur Roulet, conseiller d'Etat du canton de Genève, la consommation des alcools de qualité inférieure va sans cesse en augmentant dans les divers pays. De plus, la qualité des produits devient simultanément de plus en plus mauvaise.

On consomme donc une quantité plus grande d'alcool, et, de plus, des produits industriellement fabriqués de plus en plus toxiques. Double cause qui contribue à aggraver les funestes effets de l'alcoolisme. Qu'on ajoute à ces deux facteurs l'usage des liqueurs préparées avec les alcools inférieurs, la fabrication du vin, de la bière, de toutes pièces, les falsifications et les adultérations des produits naturels, à l'aide de ces mêmes alcools, et on aura une facile explication de l'accroissement rapide de la criminalité, de la mortalité, de l'aliénalion mentale et de la morbidité de cause alcoolique.

C'est donc en démontrant l'augmentation parallèle de ces dernières avec la consommation des alcools en général et des alcools inférieurs en particulier, qu'on pourra stimuler l'initiative privée et surtout provoquer des mesures législatives plus efficaces. Il serait donc désirable, d'après M. Roulet, que les statistiques de la morbidité et de la mortalité soient plus complètes à ce point de vue. L'argument augmenterait de valeur, en acquérant une précision plus grande.

L'intervention de l'Etat dans ces questions paraît d'autant plus légitime que la société a le devoir et le droit de se défendre contre un fléau qui peuple les hôpitaux et les prisons, encombre de ses victimes les établissements d'aliénés, diminue l'aptitude des jeunes générations pour le service militaire et atteint les nations dans leurs forces vives.

Cette émigration, au point de vue social, peut avoir des dangers, mais cela ne regarde pas Simplissime ; le côté médical et hygiénique de la question étant de son ressort, je vais vous en dire quelques mots.

Il est hors de doute qu'une grande agglomération d'individus, survenant tout à coup dans une population aussi dense que l'est celle de Paris, peut constituer un danger pour la santé, d'abord des émigrants, ensuite du pays dans lequel ils émigrent. En disant « danger », je pense au mode d'organisation des juifs dans les pays qu'ils ont abandonnés pour venir chez nous. Dans les villes russes, polonaises et allemandes, les juifs, en effet, habitent des quartiers à eux, comme les Chinois font dans certaines villes d'Amérique, San Francisco en particulier. Ces quartiers, dans lesquels les rues sont étroites, les maisons basses et mal aérées, sont dans des conditions hygiéniques déplorables; et si nos hôtes devaient suivre la même coutume à Paris, je pense que notre Comité consultatif d'hygiène demanderait énergiquement au gouvernement de s'y opposer d'une manière formelle, non pas en brûlant les juifs ni même en les chassant, mais en les forçant à se soumettre à nos coutumes, ce qui serait plus simple et plus sain pour eux.

Ces juifs d'ailleurs n'ont heureusement pas la simplicité de mœurs des Chinois; ils vivaient trop près de leurs compatriotes d'une autre religion pour être jamais descendus au niveau de malpropreté qu'on reproche aux soi-disant fils du ciel. En lisant la presse américaine, on est presque tenté de se boucher le nez lorsqu'on parle de la manière dont vivent les Chinois dans les villes d'Amérique, où ils ont transporté les us et coutumes de mauvaise hygiène de leur pays natal. Il a été fortement question de les chasser du Nouveau-Monde, et on comprend que leur réunion dans une grande ville constitue un immense danger pour la santé publique ; on a renoncé à user des mesures coercitives qu'on avait édictées contre eux, et peut-être à tort. Si une épidémie, cholérique par exemple, survient dans l'ouest de l'Amérique, il est

Dans ce but, il est nécessaire d'établir un contrôle sérieux, non-seulement de la quantité, mais aussi de la qualité des liquides alcooliques destinés à la consommation, d'en surveiller sévèrement la vente en détail et, par un système rationnel d'impôts, de dégréver les vins et les bières de bonne qualité, en augmentant proportionnellement les taxes sur les liqueurs distillées. Cette augmentation devrait être d'autant plus grande que les quantités des alcools inférieurs (alcool propylique, amylique, etc., etc.), mélangés à l'alcool vinique, seraient plus considérables.

La principale objection à ce système est sérieuse, assurément. Elle n'est pas insurmontable, sans doute, pour nos ingénieurs et nos chimistes modernes. Que la chimie soit actuellement impuissante à doser rapidement ces liquides dangereux ? Que les procédés de fabrication des alcools purs soient peu rémunérateurs industriellement ? Soit. Il n'en est pas moins vraisemblable que si le zèle des chimistes était stimulé par la perspective de hautes récompenses nationales, ces obstacles disparaîtraient. Les savants nous donnent chaque jour des exemples de leur habileté à vaincre heureusement des difficultés plus sérieuses.

Le directeur de l'Asile de Berg, M. Challand, est venu apporter à la thèse de M. Roulet l'appui de ses observations personnelles et démontrer qu'en Suisse la question a une importance aussi grande que dans les autres pays. D'après ces statistiques, et ici les chiffres ont une valeur considérable, on compte annuellement en Suisse 250 décès portés à l'actif de l'alcoolisme et 1,600 à 1,700 par des lésions organiques d'origine alcoolique, du foie, du cœur, du rein ou d'autres viscères. Ces chiffres seraient même inférieurs à la réalité. Sur 1,000 décès, 5 seraient produits par l'abus de l'alcool. Ce dernier rapport s'élèverait à 11 sur 1,000 dans le canton de Neufchâtel.

Les effets de l'alcool sont d'autant plus funestes que l'alimentation des ouvriers suisses est notoirement insuffisante. Trop souvent ils remplacent l'usage des aliments substantiels par une dose d'eau-de-vie de qualité inférieure. De là aussi l'usage populaire de la fameuse « soupe au schnaps » devenue l'aliment de prédilection de ces affamés. L'eau-de-vie n'est autre que l'alcool de pommes de terre mal rectifié, le plus souvent distillé dans la maison même. La consommation annuelle s'élève à 15 ou 20 litres par tête. La multiplicité des distilleries domestiques est la preuve de cette énorme consommation d'alcool amylique. Dans le seul district d'Aarberg, on compte un alambic par trente habitants et dans le seul canton de Berne il existe douze mille distilleries.

Il y a là un problème d'hygiène sociale qui mérite toute l'attention du gouvernement suisse. On aurait pu faire remarquer que, dans les contrées du nord de la France, les mêmes habitudes se généralisent. La soupe au schnaps est remplacée par une infusion qui reçoit le nom de café et qui est toujours additionnée d'une abondante quantité d'eau-de-vie.

---

probable qu'elle emportera une grande partie des délinquants, et la question sera ainsi vidée sommairement et sans appel.

***

L'Académie de médecine a été fort éprouvée pendant ces derniers mois. Pidoux, Woillez, Hillairet, quelles pertes pour le Corps médical ! Dans sa dernière *Causerie*, notre collègue, le docteur Nemo, a parlé des deux premiers ; qu'il me soit permis de citer de M. Hillairet, que je n'avais pas l'honneur de connaître, un fait qui m'avait inspiré pour lui la plus grande estime.

Hillairet était d'une impartialité absolue dans les concours, et, à notre époque où, à tort ou à raison, on se plaint si fort des injustices commises dans ces luttes intellectuelles, cette qualité n'était pas sans valeur. Hillairet n'avait pas été interne, il n'avait concouru que pour le Bureau central, sur les instances de son compatriote Bouillaud ; ce n'était donc pas une victime des concours, et s'il les voulait justes, c'est que la justice était dans son caractère.

Un de mes vieux amis, mort malheureusemant il y a quelques années, m'a raconté bien des fois qu'il devait sa nomination de médecin des hôpitaux à la fermeté que déploya Hillairet pour le défendre. Mon ami n'avait pour lui que ses épreuves, fort appréciées par trois juges et dépréciées en raison directe par trois autres. Le septième, Hillairet, s'en rapportant à ses notes, qu'il avait prises fort exactement, devait voter à la dernière épreuve pour mon ami. Ici intervint l'influence d'un professeur, mort aussi depuis longtemps, qui plaida chaleureusement la cause d'un autre candidat faisant fort valoir certains services rendus par lui, juge autrefois, au juge d'aujourd'hui. Hillairet, jeune encore, fut d'abord un peu perplexe. Voter d'après ses notes, c'était mécontenter son protecteur, s'en faire peut-être un ennemi, et cela pour nommer quelqu'un qu'il connaissait à peine ; voter contre, c'était voter contre sa conscience : il ne put s'y résoudre et mon ami fut nommé.

Et le protecteur ? — Il alla féliciter mon ami... SIMPLISSIME.

Depuis l'établissement des sucreries agricoles dans les campagnes, l'abus de l'alcool devient de plus en plus fréquent. Des médecins qui exercent dans ces contrées, depuis de longues années, nous ont souvent signalés ces abus. Pendant la durée de la fabrication, c'est-à-dire durant les mois d'hiver, ces ouvriers, surtout ceux des équipes de nuit, — et les équipes de nuit se renouvellent chaque semaine, — malgré l'interdiction de la vente ou de l'introduction des alcools dans l'intérieur des usines, consomment dans une seule nuit des eaux-de-vie de mauvaise qualité, dans la proportion d'un quart de litre à un demi-litre et même plus encore. Parmi ces ouvriers, beaucoup sont des jeunes gens, des enfants même, de 15 à 18 ans, des femmes ou des filles.

Après plusieurs mois de ce singulier régime, ils quittent bien l'usine et retournent aux travaux agricoles ou au métier à tisser. Mais ils conservent les habitudes acquises. Ils ont l'habitude, les tisseurs surtout qui travaillent à domicile, d'absorber chaque jour, à quatre, cinq, six reprises, le prétendu café, qui n'est qu'une forte solution alcoolique. Leurs repas se réduisent trop souvent à un morceau de pain cccompagné de ce funeste breuvage. Désormais, quoi qu'il arrive, l'alcoolisme compte de nouvelles recrues et de futures victimes.

Ces faits ne sont pas nouveaux, assurément, mais ce serait une erreur de croire que l'abus des alcools est un triste privilège des nationalités du nord de l'Europe. On sait que le Danois consomme annullement 23 litres d'alcool; le Russe, 16 litres; le Suédois, l'Allemand, le Belge, 9 à 10 litres; le Suisse, l'Anglais, l'Américain du nord, 6 à 8 litres, et le Français, 3 litres. Cette prétendue moyenne est singulièrement dépassée dans nos départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme.

Introduit devant le Congrès de Genève, le redoutable problème de l'alcoolisme et de l'alcoolisation de nos concitoyens du XIXe siècle devait provoquer une importante discussion. Les moyens proposés ou déjà mis en œuvre sont loin de répondre au but poursuivi. C'est ainsi par exemple qu'un Brésilien, M. de Théréséopolis, est venu demander l'abaissement des droits fiscaux sur le café. Cette mesure serait bonne assurément puisque le café pris à doses modérées et non additionné d'alcool est une substance alimentaire qui a son utilité. Mais serait-elle suffisante? Il est permis d'en douter.

Ce moyen n'est pas nouveau, et il a été invoqué depuis longtemps par les abolitionnistes des droits fiscaux sur les produits coloniaux.

Une autre solution, plus pratique, plus opportune, plus radicale, est celle que propose M. Alglave. Ici l'éminent professeur de la Faculté de droit de Paris s'accorde avec M. Roulet. Cette solution est celle à laquelle se rallient le plus grand nombre des hygiénistes. Elle consiste à faire intervenir l'État au nom du salut public et dans un but de protection contre un tel péril social.

Certes, l'initiative privée a tenté des efforts louables, et cependant, malgré le zèle de leurs membres, les Sociétés de tempérance ont, il faut le reconnaître, obtenu de médiocres résultats. En Suisse, par exemple, il existe une association de ce genre, la Société de la Croix bleue, émule, sur un autre terrain, de la célèbre Société de la Croix rouge. Elle a pour but l'établissement de cafés de tempérance dans lesquels toute boisson alcoolique, le vin, le cidre, la bière même est interdite. Malgré son caractère semi-religieux, cette Société n'a pu obtenir la conversion des ivrognes. La propagande ne paraît pas avoir été couronnée de nombreux succès.

Il est assurément regrettable que les Sociétés de tempérance soient impuissantes à réaliser le but généreux que se proposent leurs membres actifs. Ces efforts ne seront peut-être pas absolument infructueux. En s'adressant aux jeunes générations, aux enfants, aux instituteurs, elles s'occupent de l'avenir et font, par conséquent, de l'hygiène préventive. Pour réprimer le mal présent, il faudrait pratiquer une thérapeutique et une médecine curatives, à l'égard des ivrognes confirmés dans leurs habitudes, ou des individus en voie de devenir alcooliques.

Dans ce but, tenant compte de l'état actuel de la science, M. Alglave demande donc que la vente des alcools, destinés aux usages alimentaires, soit monopolisée par l'État. La fabrication et les grands entrepôts commerciaux seraient libres, mais, par le mécanisme suivant, l'Etat vendrait aux particuliers et aux détaillants des alcools contrôlés et analysés.

Par des adjudications nombreuses, il achèterait des lots de 50 à 180 hectolitres d'alcool. Il ferait analyser chacun d'eux au point de vue de la pureté, opération chimique relativement moins difficile sur une telle quantité. Ces liquides seraient alors livrés, à prix fixe, dans des bouteilles revêtues de marques légalement déterminées. Par ce procédé, on sauvegarderait à la fois les intérêts de la santé publique et ceux du trésor. Il deviendrait alors possible d'exiger une pureté suffisante des produits industriels et d'en surveiller activement le débit.

Bien vaste est cette réforme, dont M. Alglave a exposé l'économie dans le journal le *Temps*.

En tout cas, fructueuse pour les revenus de l'Etat, elle serait une protection pour la santé publique. Malgré la haute valeur scientifique de son auteur, malgré cette sorte de sanction,

qu'il doit au Congrès de Genève, malgré l'urgence de cette grave question, dont il donne une solution, il serait désirable que ce projet fut soumis aux hommes politiques. Une telle réforme serait un titre impérissable à la reconnaissance publique pour celui qui en serait l'initiateur et pour les pouvoirs publics qui la mettraient à exécution. — C. E.

CORRESPONDANCE

LE PROCÈS DE L'IODOFORME.

Nantes, le 23 septembre 1882.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous faire part d'une observation succincte en rapport avec l'étude sur l'iodoforme que M. le docteur Longuet vient de publier dans l'UNION MÉDICALE étude d'où il ressort que l'empoisonnement est caractérisé cliniquement par la manie aiguë sans lésion apparente du cerveau.

Le 23 août dernier, X..., vieillard de 71 ans, entrait dans le service de M. le docteur Reingeard pour des hémorrhoïdes externes ulcérées du volume d'une grosse noix, d'où suintait un liquide fétide. Le pansement à l'iodoforme fut immédiatement institué. On appliqua chaque matin cette substance pulvérisée à la dose de 2 à 3 gammes. Ce traitement produisait un bon résultat sur les hémorrhoïdes qui se nettoyaient peu à peu et diminuaient de volume.

Mais dans la journée du 10 septembre, dix-huit jours après l'institution de ce pansement, le malade sortit tout à coup de son lit prétendant qu'on y avait mis le feu. On arrêta immédiatement l'application de l'iodoforme. A partir de ce moment jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 16 septembre, il n'y eut plus de moment lucide.

Le mardi, il fallut mettre la camisole de force; le délire était bruyant, le malade jetait des cris violents et ne reconnaissait personne, l'agitation ne cessait pas pendant la nuit. Le bromure de potassium ne parut pas modifier cet état, une injection de morphine amena un calme momentané. Le pouls et la température ne purent être constatés régulièrement à cause de la camisole et de l'agitation continue, ils s'éloignèrent peu de l'état normal. Le malade eut de la diarrhée dans les derniers jours.

Autopsie. — La pie-mère est légèrement injectée, il n'existe aucune adhérence des méninges. La substance grise et la substance blanche cérébrales paraissent parfaitement normales.

Les deux lobes inférieurs des poumons sont fortement congestionnés, surtout celui de droite, mais ils n'ont pas les caractères de l'hépatisation pneumonique, et, projetés dans l'eau, ils restent à la surface du liquide.

Le foie et la rate sont sains. Les reins sont de volume normal; à la coupe ils paraissent congestionnés. L'un de ces organes laisse échapper une certaine quantité de sang.

N'est-il pas rationnel d'attribuer à l'iodoforme ce délire aigu survenant pendant le traitement, en l'absence de pneumonie et sans que l'autopsie ait révélé de lésions cérébrales? Telle est l'interprétation du chef de service, et la gravité de la terminaison, en faisant ressortir le danger qui peut résulter des applications externes d'iodoforme, lui a fait désirer de porter ce fait à la connaissance du public médical.

Agréez, etc.

Léon POLO,
Interne de l'Hospice général de Nantes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. D'ABBADIE communique une note *sur les fièvres paludéennes*.

Les voyageurs qui ont séjourné dans l'Éthiopie savent que les indigènes des hauts plateaux de ce pays craignent, autant que les Européens, les fièvres qui semblent fatalement attachées aux terres basses et chaudes de la même région. Les habitants de ces lieux malsains n'y ressentent l'endémie que sous la forme d'un léger rhume, tandis que les étrangers, même

Éthiopiens, échappent rarement aux fièvres intermittentes, rémittentes ou typhoïdes. Ces maladies apparaissent surtout aux abords de la saison des pluies; mais quelques terres sont, au dire des indigènes, malsaines en toute saison, et surtout pendant la nuit. Il y a quarante ans, une caravane périt tout entière, hommes et bêtes, à la suite d'une halte dans un de ces lieux maudits.

Il est néanmoins certain que plusieurs chasseurs d'éléphants, natifs des plateaux à climat relativement froid, bravent impunément les régions éthiopiennes les plus chaudes et les plus délétères. Ils attribuent cette immunité à leur habitude de s'administrer, tous les jours, des fumigations de soufre sur le corps nu. A cet égard, M. le docteur Liouville m'a fait observer qu'il serait intéressant de rechercher si des émanations sulfureuses, reçues involontairement près des lieux où la *malaria* règne, ne préservent pas la santé des habitants. Pour éclaircir cette question, je ne pouvais mieux m'adresser qu'à notre confrère M. Fouqué, qui s'est empressé de consulter M. le professeur Silvestri, de Catane, en Sicile. Voici la réponse de ce dernier :

« Je me suis occupé de la question relative à la fréquence des fièvres dans le voisinage des soufrières et, à ce propos, j'ai consulté beaucoup de médecins. La plupart des soufrières de Sicile sont situées dans les localités montueuses, où l'on ne sent pas l'influence de la *malaria*. Cependant quelques soufrières se trouvent à un niveau peu élevé, en des points où règnent les fièvres intermittentes. Dans ces districts, tandis que la population des villages voisins est atteinte par la fièvre, dans la proportion de 90 pour 100, les ouvriers des soufrières, sans être tout à fait à l'abri du fléau, n'en souffrent relativement que très peu. La proportion dans laquelle ils sont atteints ne dépasse guère 8 à 9 pour 100. Ces chiffres m'ont été particulièrement donnés par un médecin qui a une grande pratique, le docteur Cassaro. »

L'opinion si générale en Éthiopie est ainsi confirmée dans une partie de la Sicile, et il est à regretter que, dans les terres malsaines des contrées intertropicales, aucun voyageur européen n'ait essayé de ces fumigations sulfureuses. Nous nous garderons néanmoins de les présenter comme un spécifique certain, car l'efficacité d'un remède prophylactique ne s'établit que par une longue expérience, et c'est avec raison que les hygiénistes mettent une grande lenteur à adopter des médications nouvelles. S'il est utile de les recommander à l'attention des savants, il ne l'est pas moins de citer aussi les faits qui semblent militer contre leur usage : à ce titre, nous croyons devoir remettre en lumière le passage suivant d'un écrit publié par M. Fouqué il y a quinze ans :

« Au fond de la rade de Milo, s'étend une plaine marécageuse, où il est impossible de passer la nuit sans être atteint des fièvres intermittentes. Dans la partie la plus rapprochée des montagnes, qui est extrêmement fertile, on voit les ruines d'une grande ville, Zephyria, qui a été autrefois très florissante. Il y a trois cents ans, on y comptait, dit-on, quarante mille habitants. On y voyait trente-huit églises grecques ou catholiques, un grand nombre de monastères et beaucoup de demeures particulières somptueuses. Depuis lors, peu à peu, les fièvres paludéennes ont décimé la population, et les maisons sont devenues désertes sans que les habitants aient songé à quitter cette localité malsaine, ou à entreprendre quelque travail d'art pour faire cesser le fléau. Il y a vingt ans, il s'y trouvait encore environ deux cents habitants qui tous, languissants et malades, y vivaient misérablement. Leur situation éveilla l'attention du gouvernement grec, qui fit tous les efforts possibles pour les arracher à une mort certaine; mais ce fut en vain qu'on leur offrit des secours de toute espèce : les propositions qu'on leur fit échouèrent contre le plus aveugle fatalisme. A toutes les instances, ils répondaient que leur sort était entre les mains de Dieu, et qu'ils se soumettaient avec résignation aux décrets de sa providence. Ces pauvres gens restèrent donc dans ce foyer pestilentiel. Le dernier d'entre eux est mort pendant la durée de mon séjour à Milo.

« Dans une de mes excursions, j'ai parcouru les rues silencieuses de la cité déserte. La plupart des maisons sont renversées, les toits sont effondrés. Les habitants d'Adamantos, ville bâtie dans le voisinage, à la fin de la guerre d'indépendance, par des réfugiés de Candie, viennent chaque jour fouiller au milieu des décombres pour se procurer des matériaux de construction. La ville de Zephyria est pour eux une grande carrière de pierre taillée ; ils emportent ces débris, non-seulement pour s'en servir eux-mêmes, mais encore pour les vendre. On les transporte dans tout l'Archipel et jusqu'à Constantinople même. La principale église est encore assez bien conservée, ainsi que quelques maisons voisines, qui ont été habitées par les derniers survivants; mais dans un avenir prochain tout cela ne formera plus qu'un amas de ruines. Il ne restera de la cité que des palmiers plantés il y a plusieurs siècles, qui balancent dans les airs leur panache verdoyant et végètent avec vigueur dans les jardins en friche. »

Cette triste histoire suggère plusieurs réflexions. Par la nature des choses, une ville de

40,000 âmes se forme lentement, et l'on a peine à se figurer que Zephyria ait pu continuer à croître si l'endémie actuelle y a régné de tous temps. L'endémie aura donc surgi plus tard et elle continue à sévir avec une rare violence. On n'a peut-être pas un autre exemple d'une maladie persistante qui ait dépeuplé complètement une ville entière. D'un autre côté, c'est un fait tout aussi remarquable que le remède semble exister à côté du mal, car le sol de Milo est parsemé d'émanations sulfureuses, souvent très chaudes, et l'exploitation du soufre y constitue encore, comme au temps des anciens Grecs, une importante source de richesse. On se demande donc comment il se fait que les habitants de cette île n'aient pas appris à en faire usage pour conserver leur santé.

Quoi qu'il en soit, M. Fouqué s'est empressé de répondre, par de nouveaux détails, à mes questions sur les circonstances locales :

« Il est à remarquer que l'emplacement des soufrières a varié dans l'antiquité, et, jusqu'à la fin du siècle dernier, le soufre était principalement exploité à Kalamo; depuis cette dernière époque, il ne l'est plus que sur la côte orientale de l'île. La décadence de Zephyria a donc correspondu à peu près à ce transfert. Or, il est évident que les émanations des exploitations modernes n'arrivent plus à Zephyria, à cause de la masse montagneuse qui sépare cette localité des soufrières de la côte Est. Elles n'arrivent même plus à Adamantos (sur le rivage à l'ouest de Zephyria), ni sur Kastrou; mais, autour d'Adamantos, le sol est riche en émanations sulfurées et souvent très chaud. D'ailleurs cette bourgade est loin d'être exempte de fièvres intermittentes. Au nord-ouest est le Kastrou, qui est très sain; mais il est situé sur un endroit élevé. Tout le reste de l'île est désert, tandis qu'autrefois il existait dans la plaine, entre Zephyria et Kalamo, un grand nombre de métairies dont on ne trouve plus que les ruines. Les pressoirs en trachyte, que l'on y voit encore en place, montrent que dans cette plaine la vigne était cultivée, ce qui n'a plus lieu aujourd'hui.

« En somme, Zephyria et la plaine environnante sont devenues désertes depuis qu'elles ne sont plus soumises aux émanations des soufrières. La coïncidence est, dans tous les cas, digne d'attention. »

L'habitude que s'était imposée M. Fouqué de tout noter en voyage nous fournit, sur le même sujet, d'autres renseignements qu'il est bon de mettre en lumière.

« La plaine marécageuse de Catane est traversée par le Simeto et infestée de fièvres. Sur le bord occidental de cette plaine, se trouve une soufrière, et au delà on voit encore un village qui a été abandonné au commencement de notre siècle à cause des fièvres intermittentes. Il y a lieu de noter que la soufrière est peuplée d'une colonie d'ouvriers, alors que le village est désert, bien qu'il occupe un niveau plus élevé. Les émanations sulfureuses paraissent donc exercer une influence favorable. »

Nous devons encore à M. Fouqué une autre remarque sur l'immunité contre les fièvres paludéennes. Il est bon de la publier, afin de voir à l'occasion si elle est confirmée ailleurs. On avait résolu de construire un chemin de fer à travers cette plaine notoirement malsaine de Simeto. L'ingénieur chargé des travaux se préoccupa des maladies régnantes, qu'il craignait d'accroître encore par le fouillement des terres, ainsi qu'il est arrivé en d'autres lieux. Il attribua l'endémie à l'usage des eaux locales et s'astreignit, ainsi que tous ses ouvriers, à ne boire que d'une eau réputée saine et apportée de loin. Contre l'attente commune, ces travailleurs, étrangers au pays, conservèrent leur santé, tandis que les habitants ont continué à souffrir des fièvres jusqu'à ce que des plantations d'Eucalyptus eussent assaini plus tard les abords de cette voie ferrée.

Dans l'intérêt des voyageurs en Afrique, nous soumettons tous ces faits aux méditations des médecins et des savants qui se préoccupent de l'hygiène dans les pays chauds.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — *Un médecin complice d'un charlatan.* — La cour de Nîmes vient de fixer un point de droit intéressant. Elle a confirmé un jugement du tribunal de Carpentras qui avait condamné à 200 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, un docteur en médecine, M. B..., qui, se faisant le complice d'un empirique de Vaucluse nommé Robert, appliquait, sans en connaître la composition, les remèdes secrets que celui-ci fabriquait, remèdes qui avaient le singulier don d'aggraver l'état des malades au lieu de les guérir. Il va sans dire que les remèdes en question se vendaient très cher.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

RAPPORT SUR LES MALADIES REGNANTES

PENDANT LE SECOND TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 août 1882 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Avril, Mai et Juin 1882.

IV. — Fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde, loin d'avoir subi la rémission printanière habituelle, a présenté une exacerbation marquée pendant le mois de juin. Dans les hôpitaux, le nombre des admissions a doublé et s'est élevé pendant ce seul mois au chiffre énorme de 452; l'an dernier, il n'avait été que de 221 : le chiffre des décès, qui avait été de 48, s'est élevé à 100; en ville, on compte pendant le mois de juin 192 décès, au lieu de 97, chiffre du second trimestre de l'an dernier. L'élévation brusque de la température et la sécheresse du mois de juin n'ont sans doute pas été étrangères à cette fréquence de la maladie; mais l'élévation excessive de la fièvre typhoïde n'en reste pas moins fort inquiétante, car le printemps est normalement, comme l'a montré notre savant collègue M. Ernest Besnier, l'époque habituelle de son hypogée et il y a tout lieu de craindre que l'épidémie n'entre de nouveau dans une période d'accroissement.

Fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris — Morbidité et mortalité, âge, sexe.	MOUVEMENT (2)				DÉCÈS				TOTAUX				
									Mensuels		Trimestriels		
	H.	F.	G.	F.	H.	F.	G.	F.	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Prop. p. 100
IIe trimestre 1881 :													
Avril	183	108	14	17	33	16	3	4	322	56			
Mai	178	116	12	16	36	32	2	2	318	72	861	176	20
Juin	119	77	11	14	20	20	3	5	221	48			
Totaux	480	301	37	47	89	68	8	11					
IIe trimestre 1882 :													
Avril	178	105	20	17	45	22	2	3	320	72			
Mai	208	116	27	12	42	20	5	2	363	69	1135	241	21
Juin	263	157	17	15	57	37	2	4	452	100			
Totaux	649	378	64	44	144	79	9	9	1135	241			

(2) H. F. G. F. abrév. pour hommes, femmes, garçons, filles.

Hôpital des Enfants. — Service de M. Archambault. — M. Thibierge, interne : « *Salle des garçons.* — 14 cas : 13 guérisons, dont 3 cas très graves avec phénomènes adynamiques prononcés et hyperthermie prolongée; dans 3 cas, il y a eu une rechute. L'enfant qui a succombé était âgé de 13 ans : au commencement de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, il fut pris de tétanie accompagnée de troubles respiratoires de nature spasmodique qui l'emportèrent.

Salle des filles. — 7 cas : 4 guérisons, 3 morts causées toutes trois par des maladies intercurrentes : rougeole (2 fois), diphthérie (1 fois). »

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3 et 17 septembre.

Hôpital Tenon. — Service de M. Sevestre : « Il est entré dans le service, pendant le deuxième trimestre de 1882, 13 malades atteints de fièvre typhoïde (7 hommes et 6 femmes).

Des 7 hommes, 4 sont sortis guéris, et 3 sont actuellement en convalescence. L'un de ces malades était âgé de 55 ans, et paraissait même en avoir plus de 60; la maladie a présenté chez lui l'évolution habituelle avec une légère tendance adynamique.

Chez la plupart de ces malades, les symptômes thoraciques ont été assez fortement accusés. Il en était de même chez les femmes, à un degré plus marqué encore; deux d'entre elles, arrivées à la convalescence, présentaient encore des signes d'auscultation très caractérisés; chez une autre, les phénomènes thoraciques, assez marqués déjà pendant la période d'état, reprirent pendant la convalescence une telle intensité que, pendant quelques semaines, on put croire à une erreur de diagnostic (tuberculisation aiguë); la malade finit par guérir et sortit après avoir fait à l'hôpital un séjour de 2 mois 1/2; enfin une autre malade, robuste alsacienne de 22 ans, fut emportée en quelques jours par une *pneumonie double.* »

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Hayem : « Premier trimestre : Formes légères, 3; formes moyennes, 7; formes graves, 2. — Total : 12.

Complications, 4 myocardites; rechutes, 2; guérisons, 12.

Deuxième trimestre : Formes légères, 4; formes moyennes, 6; formes graves, 7. — Total : 17.

Complications, 3 myocardites; 1 hémorrhagie intestinale; 1 abcès multiples sous cutanés; 1 parésie des membres inférieurs.

Rechute, 2; guérisons, 16; mort, 1 (eschare fessière) existant dès l'entrée. »

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy :

« 25 cas. 2 cas douteux. 20 guérisons. 5 décès, dus : dans 1 cas, à une perforation intestinale avec péritonite consécutive; le père de ce malade, atteint également de fièvre typhoïde et ayant également eu une perforation intestinale avec quelques symptômes de péritonite, n'en a pas moins guéri. 2 morts subites, l'une, chez un malade atteint d'hémorrhagies intestinales; l'autre, survenant au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde régulière. Les 2 autres décès ont été dus : l'un, à une rechute, l'autre, à une forme cérébrale.

On a, du reste, observé 5 ou 6 cas de rechute avec nouvelles poussées de taches rosées.

L'albuminurie n'a été rencontrée que dans 7 cas. »

Hôpital Tenon. — Service de M. Rendu : « 8 cas, 3 décès.

Des 3 malades qui ont succombé, l'un était alcoolique et mourut dans le premier septenaire, avec de l'hyperthermie et du délire. Les deux autres eurent une forme ataxo-adynamique, et ne purent être sauvés. Les sujets qui guérirent ont été très touchés par la maladie et firent un séjour moyen de 35 jours à l'hôpital; on n'a pas noté de rechute. »

Hôpital Trousseau. — Service de M. Bergeron; M. Marey, interne : « 48 cas, 24 filles, 3 décès; 24 garçons, pas de décès.

La mortalité a donc été fort peu considérable à 1 sur 16. La première est morte pendant la rechute d'une *fièvre typhoïde*, avec des phénomènes ataxo-adynamiques; les 2 autres ont succombé aux complications pulmonaires. »

Statistique de la ville.

1° *Mortalité comparée des mois d'avril, mai, juin des années* 1881 *et* 1882 : *Diphthérie, variole, scarlatine et fièvre typhoïde.*

MOIS.	DIPHTHÉRIE		VARIOLE		SCARLATINE		FIÈVRE TYPHOÏDE	
	1881	1882	1881	1882	1881	1882	1881	1882
Avril	212	273	115	99	»	16	124	186
Mai	165	248	94	82	»	27	152	176
Juin	176	207	87	77	»	12	97	192
Totaux du 2e trimestre...	553	728	296	258	»	55	373	554

2° *Marche des principales maladies contagieuses et épidémiques pendant le second trimestre des cinq dernières années.*

Maladies.	1878	1879	1880	1881	1882
Variole	12	265	**462**	296	258
Scarlatine	9	31	110	**146**	55
Rougeole	252	**434**	346	263	
Fièvre typhoïde	141	191	450	373	**554**
Diphthérie	559	468	560	553	**728**

MORTALITÉ par arrondissement. — DIPHTHÉRIE, FIÈVRE TYPHOÏDE, ET VARIOLE.	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Popincourt.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	Domiciliés hors Paris	Total
Diphthérie.																						
1882 — 1er trimestre	12	12	16	23	53	17	36	10	18	26	**85**	**55**	36	89	71	7	37	51	**57**	40	»	751
— 2e —	7	15	49	23	46	35	24	11	15	32	**51**	34	37	54	47	»	45	**50**	**56**	39	47	728
1881 — 2e —	12	16	26	28	18	22	23	10	8	31	**63**	36	31	27	52	8	30	**44**	32	**38**	20	553
Fièvre typhoïde.																						
1882 — 1er trimestre	13	23	9	23	25	29	25	13	**30**	21	25	20	16	15	13	7	**36**	**32**	25	16	44	416
— 2e —	20	15	18	27	**40**	26	18	31	22	34	**38**	31	15	14	**41**	25	32	28	37	14	28	554
1881 — 2e —	16	12	7	14	23	12	11	**26**	11	**26**	**29**	20	12	18	20	21	**26**	**34**	24	11	51	373
Variole.																						
1882 — 1er trimestre	1	1	3	4	6	2	3	1	13	**18**	**27**	15	5	6	6	»	5	**20**	16	12	»	164
— 2e —	2	3	9	2	5	5	6	1	9	26	**51**	41	8	10	4	2	5	14	23	20	12	258
1881 2e —	5	7	7	8	10	3	4	2	5	**35**	**48**	**38**	17	10	1	»	12	25	29	30	15	296

V. — Rhumatisme.

Hopital Tenon. — Service de M. Rendu : « Pendant le deuxième trimestre de 1882, 22 cas de rhumatisme, dont 5 femmes et 17 hommes.

La plupart des sujets étaient jeunes, et, chez eux, le rhumatisme a été souvent généralisé et très intense. Tous ont guéri, après un séjour à l'hôpital qui a varié entre sept et quarante-deux jours. En général le salicylate de soude, à la dose quotidienne de 5 grammes, fait disparaître le rhumatisme. Nous avons noté seulement deux ou trois complications cardiaques dans le cours de la maladie : en particulier, deux cas de péricardite sèche, qui ont parfaitement guéri. »

Service de M. Sevestre : « Fréquence beaucoup moindre que dans le premier trimestre. (5 cas chez les hommes, 3 chez les femmes.) Dans le premier trimestre, il y en avait eu 16 cas pour la seule salle des hommes. »

APPENDICE

Aperçu des principales maladies régnantes observées dans diverses villes de France pendant le deuxième trimestre de 1882.

BORDEAUX. — M. ARMAZAN.

« La *variole* est loin d'être encore éteinte ; elle a détermné 15 décès dont la répartition (2 en avril, 10 en mai et 3 en juin) dénote dans la marche de l'épidémie une irrégularité qu'il est difficile d'expliquer.

La *scarlatine* suit de son côté une marche régulièrement ascensionnelle et la *rougeole* continue à sévir avec intensité. Dans certains petits foyers, la mortalité par cette maladie a atteint 40 p. 100 chez les enfants. On a observé de nombreux cas de *varicelle*. La *coqueluche* compte toujours un assez grand nombre de cas.

La *fièvre puerpérale* continue à décroître d'une façon notable (7 décès en avril, 6 en mai, 1 en juin). La *diphthérie* ne progresse pas mais se maintient à un degré trop élevé, avec une moyenne de 8 décès par mois. La *fièvre typhoïde*, moins fréquente que dans les trimestres précédents, est loin cependant de disparaître.

Il n'y a point eu, à notre connaissance, de véritable cas de choléra. Mais les *diarrhées*, les entérites ont été fort nombreuses, surtout pendant le mois de juin, qui a d'ailleurs présenté une température plus modérée et des pluies plus abondantes que le mois précédent. Les enfants ont été particulièrement frappés; 16 cas de mort par choléra infantile au mois de juin, tandis qu'il n'y en avait eu qu'un en mai, un en avril, et aucun en mars. Les adultes ont aussi présenté de nombreux troubles intestinaux, mais dans une proportion moindre.

Le mois de mai a été remarquable par la grande fréquence des *ictères* et des urticaires. Les maladies des voies respiratoires sont en décroissance notable par rapport an trimestre précédent. »

COMMENTRY (ALLIER). — M. PAUL FABRE.

« Les six derniers mois de l'année 1881 avaient été marqués dans la région de Commentry par une mortalité moins élevée qu'aux deux premiers trimestres. Mais dans les six premiers mois de l'année courante, le chiffre des décès a un peu augmenté, sans atteindre toutefois le chiffre des mois correspondants de l'année dernière.

La ville de Commentry n'a eu que 116 décès dans le premier semestre de 1882, au lieu de 122 qu'on avait eus dans les six premiers mois de 1881.

La natalité a baissé il est vrai dans une proportion plus grande encore, et cela semble devoir être attribué à la grève des mineurs (en juin 1881) à la suite de laquelle un certain nombre d'ouvriers ont émigré. Il y a eu cette année 30 naissances de moins que dans les six premiers mois de l'an passé : 181 au lieu de 211; les six derniers mois de 1881 ayant donné 182 naissances et 112 décès.

Tandis que dans la seconde moitié de l'année 1881 la *fièvre typhoïde* avait augmenté de fréquence, mais en même temps diminuait de gravité (j'en ai soigné 39 cas de juin à décembre 1881, dont 6 seulement furent suivis de décès), elle disparut presque complètement au commencement de cette année pour reparaître plus grave au mois de mai et de juin (j'en ai observé 6 cas, dont 2 terminés par la mort).

Les *scarlatines*, qui depuis dix-huit mois étaient assez fréquentes pour qu'on ait pu penser à une véritable épidémie ont à peu près disparu, et je n'en ai vu que 7 cas dans le dernier trimestre, dont 2 suivis d'anasarque et 2 accompagnés d'angine couenneuse. Tous ces cas ont guéri.

Les *érysipèles* ont été assez fréquents cet hiver. Dans le dernier trimestre, sur 5 cas que j'ai observés, il y a eu 2 érysipèles du tronc chez l'adulte et 1 à forme ambulante.

Par contre, l'épidémie de *coqueluche* qui avait si cruellement sévi l'année dernière sur la nombreuse population infantile de toute notre région est complètement éteinte.

Mais voici que depuis un mois des cas de varicelle assez nombreux se sont présentés. Les premiers cas sont survenus dans le service du docteur Meillet chez trois familles de forgerons occupant des maisons presque contiguës; depuis il en a été observé des cas dans les divers quartiers de la ville. Dans les 8 cas qui me sont personnels, j'ai noté 6 fois la coïncidence d'une diarrhée très intense dès le début de l'éruption et même l'ayant précédée.

Mais en même temps, au mois de juin, on a pu constater chez les adultes un nombre insolite d'entérites aiguës, de dysenteries légères.

Les *érythèmes polymorphes* ont été assez fréquents mais moins au printemps qu'à la fin de l'hiver.

Si j'ajoute que j'ai vu un grand nombre de pleurésies, que les pneumonie et les autres affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires ont été assez fréquentes, qu'il y a eu beaucoup d'angines érythémateuses et herpétiques, j'aurai caractérisé l'état sanitaire de Commentry dans la première moitié de cette année. »

LE HAVRE. — M. LECADRE.

« Le deuxième trimestre de 1882 étant resté presque constamment humide et froid, remarquable surtout par les pluies abondantes qui eurent lieu, prédominèrent les affections des voies respiratoires. Après la *phthisie*, qui fut féconde en décès, puisqu'on put en compter 141 par cette maladie, l'affection la plus meurtrière fut la *bronchite* et la *pneumonie*, dont l'obituaire s'éleva à 82. Puis le *croup* et la *diphthérie*, qui firent 46 victimes.

La *variole*, assez commune au mois d'avril, sans disparaître complètement, alla en s'affai-

blissant vers la fin du trimestre. Les *rougeoles* ne furent pas rares. Mais ce qui fut plus fréquent, ce fut l'*éruption scarlatiniforme*, que nous avons déjà constatée au trimestre précédent, débutant par une inflammation vive du fond de la gorge et du commencement du pharynx, s'étendant jusqu'à la muqueuse du palais. Ces symptômes prodromiques persistaient durant vingt-quatre ou trente-six heures. Puis apparaissait, sur la poitrine d'abord, puis aux extrémités, une éruption tenant de la scarlatine, mais en différenciant sensiblement, puisqu'au bout de deux ou trois jours, ce qui n'a pas lieu pour la véritable scarlatine, l'éruption s'effaçait complètement tout en laissant, comme cette dernière, des rugosités à la peau. Cet exanthème épidémique prit positivement le caractère contagieux; on le vit se transmettre d'une manière prompte aux membres de la même famille ou aux élèves du même lycée ou pensionnat. Quoique l'affection ne présentât pas un caractère très aigu, elle exigeait, durant la convalescence, beaucoup de ménagements et était d'autant perfide qu'on la jugeait sans conséquence et qu'on revenait promptement aux habitudes ordinaires. Il en résulta, chez un assez grand nombre d'individus, des symptômes albuminuriques et de l'anasarque, ou bien des bronchites aiguës et des conjonctivites rebelles. Cette affection, plus commune dans le jeune âge, atteignit cependant un assez grand nombre d'adultes. Elle prenait quelquefois de la gravité; la scarlatine se dessinait parfois avec tous ses caractères. Une seule personne en mourut.

La *fièvre typhoïde*, sans prendre le caractère épidémique, se répartit d'une manière à peu près égale durant les trois mois du trimestre. L'*entérite infantile*, rare aux mois d'avril et de mai, devient plus fréquente au mois de juin, sans prendre encore cette épidémicité qu'on lui voit souvent contracter à la même époque, lorsque, contrairement à ce qui a eu lieu cette année, la température commence à s'élever.

Une complication qui demande à être notée, de laquelle se revêtirent plusieurs atteintes à la santé, c'est la disposition *au paroxysme* que prirent, par exemple, la bronchite, la dyspepsie et certaines névroses, même chez des sujets qui, jusqu'ici, n'avaient jamais été affectés d'accidents intermittents. De la production de ce fait, ne doit-on pas accuser la constitution insolite de l'atmosphère? »

ROUEN. — M. LEUDET.

« Deux maladies signalées déjà pendant le premier trimestre ont continué à sévir sur la population de la ville plus que sur la population ouvrière admise dans ma division. Ce sont la diphthérie et la scarlatine.

La *diphthérie* a continué à frapper les enfants de la classe pauvre dans une proportion beaucoup plus considérable que les années précédentes. Il en est de même de la scarlatine qui se montre avec une fréquence très anomale. Le deuxième trimestre présente donc la persistance d'une épidémie de diphthérie inusitée dans notre localité et parallèlement d'une épidémie de scarlatine.

Dans le commencement du troisième trimestre, la diphthérie comme la scarlatine deviennent beaucoup moins fréquentes.

La *scarlatine* a conservé le caractère de bénignité signalé dans le premier trimestre. La période d'acné, bien que très prononcée et très hyperthermique chez des adolescents surtout, n'a pas donné lieu en général à des accidents ou des complications. Chez un malade, j'ai vu la convalescence s'accompagner de douleurs rhumathoïdes et d'une endopéricardite très caractérisée. L'albuminurie consécutive a été rare. J'ai vu une jeune fille de 16 ans succomber aux suites d'une diphthérie du pharynx et du larynx.

La *fièvre typhoïde* est toujours rare, c'est du reste l'époque de l'année où elle disparaît presque dans notre localité. L'année 1882 semble continuer la période favorable où la fièvre typhoïde tombe à son minimum de fréquence.

Le *rhumatisme articulaire*, sous toutes ses formes, a amené beaucoup demalades dans mes salles. Les complications vers la plèvre et vers l'appareil do la circulation ont eu une grande fréquence.

La *pleurésie*, relativement plus fréquente que la pneumonie a continué dans les mois d'avril et de juin.

La mortalité par *tuberculose pulmonaire* continue à être considérable dans notre service, de 33 à 34 p. 100 de la mortalité générale, et cependant ma division reçoit de préférence les individus atteints d'affections aiguës. »

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire des falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, par M. Baudrimont ; 6e édition, 1882. Paris, Asselin.

Cet ouvrage est de ceux dont l'éloge n'est plus à faire. Les éditions précédentes étaient déjà complètes; mais les travaux récents et l'introduction de nouvelles substances dans la pratique de la pharmacie et les usages de l'économie domestique ou de l'industrie nécessitaient l'addition d'articles complémentaires et le remaniement des anciens chapitres. M. Baudrimont. devenu le continuateur d'une œuvre entreprise autrefois avec Chevallier, s'est acquitté de cette tâche avec succès. C'est ainsi que parmi ces additions on peut signaler les paragraphes relatifs à l'arséniate de soude, à l'ergotine, au maté, à la pancréatine, à la peptone, au salicylate de soude et au lacto-phosphate de chaux.

L'étude des adultérations alimentaires devait être complétée, à une époque surtout où l'art des falsificateurs s'ingénie a lutter habilement avec les progrès de la chimie. Dans un grand nombre de localités, le médecin est le seul représentant de la science, il peut donc être appelé à se prononcer sur ces questions. De plus, sans être chimiste de profession, il lui importe du moins de pouvoir suivre les expertises auxquelles elles donnent lieu.

Les recherches d'hygiène et de salubrité sont de ce nombre, et à notre époque, où tout ce qui a trait à l'hygiène est de suite commenté, et, il faut le dire avec satisfaction, mieux apprécié, le médecin a souvent à répondre à la justice ou a l'administration qui le consultent. Cette sixième édition est accompagnée d'un nombre plus grand de figures que les précédentes. Il est donc vraisemblable qu'elle affirmera de nouveau le succès de ses classiques aînées. — Ch. E.

Du traitement des fractures des membres au moyen des nouveaux appareils en zinc laminé, par le docteur Raoult-Deslongchamps, médecin principal de 1re classe. Paris, 1882. J.-B. Baillière.

Le mémoire actuel du docteur Raoult-Deslongchamps est justifié par l'importance de la question de chirurgie d'urgence dont il est le sujet. L'objectif de l'auteur a été de créer un appareil de contention facile à transporter ou à appliquer et aussi de diminuer la durée du séjour au lit. Ces appareils amovo-inamovales faciles à construire, seront donc utiles dans la chirurgie de guerre; il est désirable qu'à ce point de vue ils soient l'objet d'une expérimentation suivie. Mais, dans la pratique hospitalière, leur utilité est beaucoup moins grande.

Depuis l'introduction dans la chirurgie usuelle des appareils plâtrés et silicatés, il est facile d'obtenir une immobilisation qu'on n'obtenait auparavant qu'incomplètement au moyen des gouttières métalliques ou autres. Un des avantages des appareils de M. Deslongchamps, au point de vue de la chirurgie de guerre, avantage important assurément, est d'occuper un faible volume et de pouvoir être placés en grand nombre dans l'espace restreint d'un compartiment de caisson d'ambulance. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances des 26 avril et 24 mai 1882. — Présidence de M. Donadieu.

Sommaire. — Correspondance. — Nomination de deux membres titulaires. — De la solution de sulfate neutre d'ésérine. — Rapport sur la loi des aliénés. — De la transfusion du sang.

La correspondance comprend : 1° un travail de M. Van den Bosch, membre correspondant, sur le forceps céphalotribe. — 2° Des numéros de la *Revue médicale française et étrangère*, du *Bulletin médical du Nord*, de la *Revue médicale de Toulouse*.

—

M. Rougon fait hommage à la Société d'un travail historique sur les Archives de la Société de médecine de Paris.

M. Reliquet offre également en hommage un mémoire important sur la lithotritie rapide.

—

A la suite de rapports présentés par MM. Vosy et Thorens, MM. les docteurs Paulin et Peyrot sont nommés membres titulaires.

—

M. Julliard fait la communication suivante :

J'ai exécuté dernièrement la formule suivante d'un collyre prescrit par un des oculistes les plus autorisés de Paris :

Sulfate neutre d'ésérine	deux centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.

Deux heures après avoir livré la préparation, le client me la rapportait en me disant qu'on le renvoyait de la clinique pour aller en faire faire une autre ailleurs, sous prétexte que n'ayant pas une teinte rose ce collyre devait être mal préparé.

J'employai tous les arguments en mon pouvoir pour convaincre mon client que son collyre devait être incolore, et que la coloration rose, que présentent parfois les solutions d'ésérine, ne tiennent qu'à des impuretés ou à une altération de cette substance. Ce fut peine perdue ; le client partit sans me dire son nom ni son adresse, et je ne l'ai plus revu. Les membres de la Société peuvent voir par la solution d'ésérine que j'ai l'honneur de présenter et qui est préparée depuis douze jours, mais tenue à l'abri de la lumière, qu'aucune coloration ne s'y est produite. L'erreur dont j'ai été victime provient de ce que l'on a employé le plus souvent l'ésérine allemande, produit excessivement impur et qui contenait à peine 2 à 6 p. 100 d'alcaloïde, ce qui donnait lieu à la coloration rose en question.

—

M. Collineau informe la Société qu'il a propagé son rapport récent sur la loi concernant les aliénés dans plusieurs Sociétés savantes. Il annonce également, qu'après des vicissitudes diverses, la commission extra-parlementaire nommée pour étudier cette question a fini par se réunir. Il propose donc de faire adresser à chacun de ses membres, au nom de la Société, un exemplaire de ce rapport ainsi que des travaux antérieurs dont cette question a déjà été l'objet de la part de M. Collineau. L'administration a déjà donné un premier gain de cause aux *desiderata* formulés dans ce rapport en supprimant les voitures dites cellulaires pour le transport des aliénés. — La proposition de M. Collineau est adoptée.

—

M. le Président donne ensuite la parole à M. le docteur Roussel, de Genève, qui a demandé à présenter à la Société son *Appareil pour la transfusion du sang.*

Après avoir remercié la Société, M. Roussel s'exprime en ces termes :

Conditions que doivent remplir une méthode rigoureuse et un bon instrument de transfusion.

« Lorsqu'il ne reste plus assez de sang pour l'entretien de la vie, dans les cas de mort véritablement imminente par anémie absolue, *seul* le sang complet peut amener à coup sûr un rétablissement durable et la survie définitive de l'animal », a dit M. G. Hayem (*Revue scientifique,* 7 janvier 1882. *Cours de thérapeutique de la Faculté de Paris : Utilité de la transfusion du sang*).

M. Hayem est à la Faculté de Paris le professeur le plus compétent à propos des hémorrhagies, de leurs effets, et de leur traitement, soit par les anciens moyens soit par la transfusion ; car il a fait de très précises et nombreuses recherches sur l'homme et sur les animaux ; et comparé avec la plus grande rigueur les diverses méthodes de transfusion et leurs résultats.

Un autre professeur repousse la transfusion ; mais, de son propre aveu, il n'en a jamais vu une seule. Il la proclame trop difficile, dangereuse et inutile ; mais il ne l'a jamais étudiée.

Au sang vivant il préfère le lait, l'éther, l'ergotine ; mais il n'a jamais fait la comparaison.

Il me reproche d'avoir mis « l'acharnement de toute ma vie » à l'étude de cette question ; mais lui n'y a jamais employé une heure.

Ses secrétaires publient ses critiques, mais ne disent pas un mot de mes réponses.

La science moderne, heureusement, se base sur des faits démontrés, et non sur des phrases, fussent-elles sonores ; or tous ceux qui ont étudié la transfusion directe et ont observé les faits, déclarent que l'opération est simple et fidèle, et que ses résultats sont incomparables.

La transfusion est la restitution d'un sang nouveau à un organisme débilité par défaut de quantité ou de qualité de son propre sang. Ce sang nouveau doit vivre et circuler dans l'organisme en y produisant tous ses effets physiologiques normaux.

Il est impossible de créer du sang artificiel, ainsi que de conserver artificiellement du sang vivant.

Chaque espèce animale possède son sang particulier, différent, par ses propriétés physiques, chimiques et physiologiques, des sangs des autres animaux, et impropre à tout mélange ou substitution.

Donc, pour atteindre le but, c'est du sang humain, complet et vivant, qui seul peut être transfusé à l'homme, et il doit l'être directement de veine à veine.

Un adulte vigoureux peut sans souffrir, perdre une certaine quantité de sang. Cette quan-

tité est amplement suffisante à rendre la vie à un mourant hémorrhagique ou anémique. Là, sont les limites de la transfusion : prendre à l'un, sans lui nuire, la quantité de sang nécessaire pour sauver l'autre.

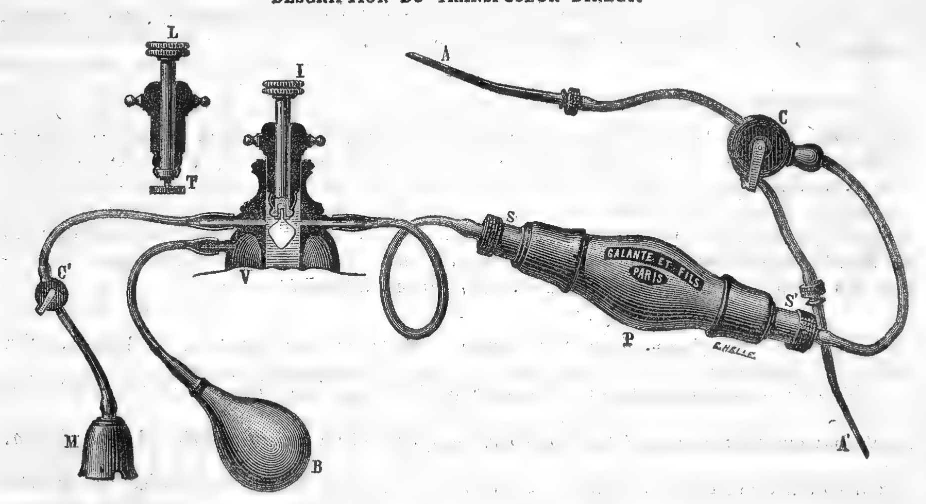
Le seul procédé par lequel on puisse prendre du sang à un homme sans lui nuire, est la simple saignée veineuse classique. On ne doit ni introduire de canule ou de trocart dans cette veine, ni la charger de ligatures. On ne doit prendre au donneur de sang que la quantité précise qui peut être reçue par le malade.

Pour ne pas nuire au transfusé, il faut ne lui fournir que du sang vivant, complet, inaltéré, sans caillots, sans bulles d'air, sans poussières ou corps étrangers.

Pour être utile au transfusé, le courant sanguin doit être mesuré dans sa quantité et sa vitesse ; sa pression, sa température, ses gaz, son mouvement doivent être conservés ; il doit être transfusé par doses fractionnées, successives, réglées sur la capacité du cœur. La dose totale, désignée par l'indication, doit pouvoir être fournie intégralement.



DESCRIPTION DU TRANSFUSEUR DIRECT.



Le transfuseur consiste en un canal tubulaire, mou, élastique, chaud et humide, à la façon des vaisseaux, destiné à être placé comme une anastomose entre la veine qui donne le sang et celle qui le reçoit. Ce canal porte une pompe aspirante et foulante, qui doit donner l'impulsion du sang veineux en mesurant sa quantité et sa vitesse.

Deux bifurcations, branchées l'une à l'origine, l'autre à la terminaison du canal, permettent l'entrée et la sortie d'un courant d'eau chaude, destinée à chasser l'air intérieur et à chauffer l'instrument, sans être poussée dans la circulation du transfusé.

Le transfuseur commence du côté du donneur de sang par un *cylindre* dont l'adhérence à la peau est obtenue au moyen d'une *ventouse annulaire* (V) ayant son *ballon aspirateur* (B) propre ; elle est absolument distincte du canal sanguin.

Afin qu'aucune partie du sang transfusé ne soit jamais exposée au contact de l'air, l'ouverture de la veine est pratiquée dans l'intérieur même de l'instrument et sous l'eau qu'il contient. Cette ouverture est pratiquée ou bien par le jeu de la *lancette* (I) dans le cylindre initial de l'instrument, ou bien par le relèvement d'un *tampon* (T) qui a été précédemment appuyé sur une saignée préalable faite à la lancette ordinaire.

Le cylindre donne naissance à deux *tubes latéraux* : l'un postérieur, est l'*aspirateur d'eau* (M) pouvant être fermé par le *clamp* (C') ; l'autre, antérieur, fait partie du canal sanguin, et conduit le sang dans un *ballon-pompe* (P), dont la capacité est de dix grammes, muni de soupapes S S'. Ce ballon moteur est suivi d'un tube, qui se divise en deux branches alternativement fermées par un *clamp* compresseur (C). Une de ses branches porte une *canule* (A) destinée à être introduite dans la veine de l'opéré ; l'autre (A') sert à l'*issue* de l'eau qui a servi à chasser l'air contenu dans le canal, mais qui ne doit pas être injectée à l'opéré.

Le cylindre initial reçoit, pour fermer son ouverture supérieure, un *porte-lancette* (I), dont la lame est réglée, quand à sa pénétration, par un curseur millimétrique, et par deux points de repère quant à sa direction.

Au lieu d'un porte-lancette (I), le cylindre peut recevoir un *porte-tampon* (L T) susceptible d'être allongé jusqu'au niveau de la peau, et qui, par le décrochement d'un clou à baïonnette, remonte se cacher dans le haut du cylindre pour laisser libre passage au sang.

Voici les temps de l'opération :

Premier temps. — Préparer la veine de l'opéré.

Second temps. — Bander le bras du donneur, fixer la ventouse sur la veine saillante, placer le porte-lancette, dont la lame a été réglée selon la profondeur de la veine (ou, *variante*, saigner à la main libre, suspendre le jet de sang au moyen de la ventouse munie du tampon allongé).

Troisième temps. — Pomper l'eau pour chasser l'air de l'appareil ; introduire la canule afférente, pleine d'eau, dans la veine de l'opéré ; fermer cette canule, fermer l'aspirateur d'eau.

Quatrième temps. — Frapper un coup sec sur la tête de la lancette (ou, *variante*, relever le tampon) ; le sang chasse l'eau ; il se présente rouge au tube d'issue ; fermer le tube d'issue en ouvrant la canule afférente.

Cinquième temps. — Transfuser lentement, par doses de 10 grammes, cinq à six fois par minute, jusqu'à dose complète.

Pansement. — Après la transfusion, la canule est retirée de la veine de l'opéré, la ventouse est détachée du bras du donneur ; les deux bras sont simplement pansés avec une bande en 8 de chiffre sans ligatures, et d'ordinaire les deux incisions se guérissent par première intention sans aucun incident.

Grossesse gémellaire, avortement à six mois, hémorrhagies secondaires, anémie extrême, diarrhée colliquative, fièvre hectique ; transfusion de 170 *grammes de sang complet ; guérison très rapide.*

Mme M..., 7, rue de Viarmes, marchande de volailles à la Halle, de bonne constitution, âgée de 31 ans, a eu cinq enfants vivants et deux fausses couches.

En décembre 1881, elle accouche de nouveau de deux jumeaux à 6 mois de gestation.

1er janvier 1882. Au huitième jour après l'accouchement, cette femme fut prise d'une métrorrhagie ; l'écoulement extérieur céda au tamponnement, mais l'hémorrhagie continua encore dans l'utérus dilaté.

12 janvier. La malade, étant seule, est reprise d'une métrorrhagie abondante qui commence à quatre heures et ne se termine qu'à sept heures et demie du soir ; syncopes répétées, mouvements convulsifs, etc. Injections hypodermiques d'ergotine et d'éther.

1er février. La malade n'a pas eu de nouvelle hémorrhagie, mais elle s'affaiblit rapidement ; inappétence absolue, vomissements fréquents ; elle prend à peine quelques cuillerées de bouillon, de lait, un peu de viande crue. Insomnie complète, rêvasseries, inertie, indifférence, diarrhée colliquative, quinze à vingt fois en vingt-quatre heures. Fièvre hectiqce, anémique ; syncopes fréquentes lorsqu'on la soulève. Pouls filiforme, 130-140 ; toux fréquente par quintes, respiration superficielle, insuffisante. Pas de douleurs notables. Face cadavérique, mort très prochaine. Les docteurs Péan et Brochin, après l'échec des meilleurs traitements, ergotine, éther, etc., indiquent une transfusion comme dernière ressource, ils conseillent la méthode de transfusion directe de sang vivant et complet de Roussel.

5 février. Je vois la malade inerte, à peu près sans connaissance, sans chaleur, sans respiration, pâle comme un cadavre, veines invisibles, pouls filiforme à 140.

Le cœur et les poumons me paraissant sains, je consens à opérer la transfusion.

7 février, quatre heures du soir. La malade est dans l'état ci-dessus décrit ; elle a eu aujourd'hui dix-neuf fois la diarrhée ; pouls filiforme, tremblant, à 150.

La sœur et le mari de la malade m'offrent leurs bras ; après examen, je préfère chercher ailleurs. Je choisis un jeune homme d'environ 30 ans, robuste et sain, nommé Adrien R...

Je découvre la poitrine de la malade ; son bras gauche est allongé au bord du lit.

Je place R... assis, le bras gauche parallèlement étendu, entouré d'une bande à saignée qui fait gonfler sa veine médiane sur laquelle je fais adhérer la ventouse annulaire par une pression sur son ballon.

Quant à la malade, je soulève un pli de sa peau, transversal à la veine médiane ; je l'incise au bistouri ; la veine apparaît bleuâtre et très-étroite. Je la pique avec une fine érigne, puis je confie au docteur Brochin le soin d'inciser un lambeau sur la veine avec la pointe de fins ciseaux et d'introdure la canule dans l'étroit calibre du vaisseau. Il s'est écoulé quelques gouttes d'un sang pâle, très diffluent et incoagulable.

Pendant ce temps, j'ai plongé la cloche du tube aspirateur de l'instrument dans un vase d'eau chaude à environ 40°. Par la manœuvre du ballon-pompe, cette eau a rempli tout le transfuseur en réchauffant ses parois et en chassant l'air qu'il contenait. C'est lorsque tout l'air fut expulsé par l'eau que le docteur Brochin introduisit la canule afférente dans la veine de la malade.

Un coup sec sur la tête de la lancette ouvre la veine de R... ; son sang repousse l'eau et

apparaît bientôt à l'orifice du tube d'issue. Je tourne le clamp et le courant sanguin direct pénètre facilement par doses de 10 grammes à la fois; à la dixième systole du ballon, la malade respire plus profondément et plus vite; interrogée, elle répond ne sentir aucun malaise, mais percevoir une chaleur qui lui monte du bras dans la poitrine.

Nous voyons tous la veine devenir plus apparente et turgide jusqu'auprès de l'aisselle.

A la dix-septième dose de 10 grammes, percevant de la résistance dans le ballon et un peu d'agitation chez la malade; je cesse la transfusion après que 170 grammes du sang de R... ont passé dans les veines de Mme M...

Les préparatifs de l'opération ont été un peu prolongés, mais la transfusion en elle-même n'a pas duré cinq minutes.

On panse d'une simple bande de toile le bras de R...

On panse de même le bras de l'opérée. Sa face est colorée, ses lèvres rouges, ses yeux brillants; elle parle avec force et vivacité, elle dit qu'elle n'a éprouvé qu'une grande chaleur qui l'a saisie dans la poitrine et dans tout le corps; elle se sent forte, vivante, heureuse.

J'annonce que la transfusion est ordinairement suivie d'un frisson, d'autant plus violent que l'opéré était plus affaibli; que ce frisson est produit par le système vaso-moteur, reprenant son équilibre, et distribuant le sang nouveau dans tout le corps. J'ajoute que le frisson dure souvent vingt à trente minutes, et qu'il est suivi d'une période de chaleur et de sueur, puis d'un sommeil profond et réparateur.

Cinq heures et demie. Le frisson commence; la peau, qui s'était réchauffée, devient plus froide; le pouls, qui, à la fin de la transfusion, était plein, actif, à 100, devient plus serré, petit, à 140; je fais couvrir d'édredons le lit dans lequel on a placé des bouteilles d'eau chaude; je fais boire à la malade du thé chaud alcoolisé et lui ordonne de profondes inspirations qui interrompent son frissonnement.

Cet état, qui n'est grave qu'en apparence, dure vingt-cinq minutes, puis l'opérée se réchauffe, sa face devient rouge, vultueuse; les yeux brillent, la respiration est profonde; le pouls s'élargit, devient régulier à 100; la peau commence à se couvrir de sueur.

Huit heures du soir. L'opérée est calme, bien vivante; sa voix est forte et sonore; elle transpire toujours, elle ne ressent aucune douleur; les lèvres sont fortement colorées; elle dit avoir grande envie de dormir, mais qu'elle a trop chaud, qu'elle transpire encore, etc., qu'elle n'a aucune douleur.

8 février, au matin. L'opérée a dormi, quoique se réveillant à plusieurs reprises; elle se plaint toujours d'avoir trop chaud.

L'*urine* est absolument normale, ne contenant ni sang, ni albumine, ni globules; ce fait, très important, prouve que le sang transfusé n'est pas éliminé par l'organisme, que ce sang était bien vivant et qu'il continue à vivre dans les veines où il a été introduit. L'urine de chaque jour, pendant deux semaines, a été soigneusement examinée, elle fut toujours absolument normale.

Pouls plein, fort, à 100; respiration, 35; lèvres colorées, peau chaude, yeux brillants.

9 février. L'opérée a dormi une bonne nuit entière : c'est la première fois depuis six semaines.

Elle a mangé à cinq heures du matin une soupe copieuse aux légumes et aux pommes de terre, du pain et un verre de vin; à sept heures, un cacao, beurre et pain; à onze heures, un bifteck entier aux pommes de terre, une demi-bouteille de bordeaux; à quatre heures, des biscuits trempés dans du vin; à six heures et demie, plusieurs plats du dîner de la famille, entre temps un litre de lait; à onze heures du soir, elle demandait à manger encore.

Elle est gaie, vive; la face est d'une pâleur chaude, sous laquelle on voit circuler le sang. Elle parle vivement, à voix bien timbrée. Pouls plein, à 95; respiration, 32; température normale, peau douce.

10, 11 février. Même état de convalescence assurée et rapide, même formidable appétit, qui lui rend rapidement ses forces ; même bon sommeil la nuit, même gaieté dans la journée.

12, 13 février. Mme M... s'est levée hier pendant deux heures, aujourd'hui pendant quatre heures, avec le plus grand plaisir et sans le moindre malaise. (Il y a six jours, elle s'évanouissait chaque fois qu'on la soulevait sur son lit.)

Elle est sûrement guérie; dans peu de jours, elle ira reprendre sa place à la Halle.

Le pouls est plein, régulier, à 88 par minute. Cependant elle a encore quelques quintes de la toux qui a été causée par le refroidissement pendant sa seconde hémorrhagie.

En l'examinant avec attention, je constate que la matrice est saine et bien rétractée ; le cœur et les poumons sont normaux.

25 février. Désormais elle peut se passer de mes soins.

J'ai revu plusieurs fois cette dame : elle est fraîche et rose, et, malgré un travail excessif, elle déclare se porter aussi bien que pendant les années précédentes.

Cette transfusion est la cinquante-septième que j'aie pratiquée sur l'homme.

Transfusion directe n° 58. — *Collapsus chirurgical chez un opéré cancéreux, anémie ancienne. Transfusion de* 120 *grammes. Sans succès.*

Le 18 février, à Saint-Louis, M. Péan fit à midi l'extirpation d'un énorme sarcome abdominal, sur un cancéreux déjà fort épuisé. Bien que la perte sanguine n'eût été que minime pendant cette longue opération, le chirurgien, après l'emploi de l'éther en injections, pronostiquant que son opéré n'avait que bien peu de chances de survie, me demanda de tenter la transfusion directe, comme dernière ressource.

A sept heures du soir, j'ai pratiqué une transfusion d'environ 120 grammes; elle fut inutile, l'opéré s'éteignit doucement dans la nuit; mais le jeune ouvrier qui donna le sang n'en a pas fourni plus de 130 grammes en total; il n'en fut pas du tout affecté, et retourna au travail dès le lendemain matin.

En lavant le transfuseur, j'ai montré aux nombreux assistants qu'il ne contenait pas le moindre caillot et que l'eau de lavage n'était qu'à peine rose. J'avais donné au blessé même la dernière dose contenue dans le ballon-pompe.

Le donneur de sang, ouvrier charpentier du voisinage de Saint-Louis, était un peu trop eune; il était fort émotionné de se voir dans la salle de l'hôpital, entouré, pressé et même oulé par un nombreux public entassé autour du lit. M. Péan remarqua les prodrômes d'un évanouissement et je dus suspendre l'opération plus vite que je ne le voulais.

Une heure après, je fus averti que ma transfusion serait insuffisante, par le fait qu'elle ne fut pas suivie du frisson et de la réaction chaude que j'observe d'ordinaire.

Ces phénomènes indiquent la distribution du sang nouveau dans le corps entier et la reprise d'équilibre du système vaso-moteur, qui s'était réglé sur le degré d'anémie ou d'hypohémie antérieure et qui vient d'être troublé par la distension rapide du réseau circulatoire sous l'afflux du sang transfusé.

Quelque grave que paraisse aux assistants non prévenus ce frisson et l'accès chaud qui le suit, jamais je ne les ai vus être suivis d'accidents; tandis que leur absence a toujours été un mauvais signe.

Transfusion n° 59. — *Epistaxis répétées excessives, pendant la convalescence de la rougeole*; *agonie*; 100 *grammes. Guérison de l'anémie. Pneumonie* a frigore, *intercurrente. Mort au douzième jour. Demi-succès.*

Le 5 mars, à Tournan, j'ai opéré une nouvelle transfusion sur une fillette de 7 ans, mourante d'épistaxis répétées, pendant la convalescence d'une rougeole grave. Je lui ai donné 90 grammes du sang d'un robuste ouvrier de 25 ans. Celui-ci n'en a fourni que 110 à 120 grammes. Sa saignée s'est cicatrisée en vingt-quatre heures, sans le moindre dommage.

L'enfant, dont les veines contractées et invisibles ne contenaient qu'un sang fluide, jaunâtre, incoagulable, dont le pouls filiforme était à peine perceptible, présenta dès le cinquième jour après la transfusion, un pouls fort et plein à 100, et du sang bien coloré, fibrineux, qui ne se perdait plus au dehors.

C'était une enfant scrofuleuse, atteinte de coxalgie de la hanche droite, chétive, et de peu d'espérance. Elle allait fort bien, lorsqu'au dixième jour, pendant qu'on la changeait de lit, elle fut prise d'une pneumonie double *a frigore*, qui fut rapidement mortelle. La transfusion a donné tout ce qu'on pouvait lui demander, car sans le refroidissement l'enfant serait vivante.

Doses. — Je tiens pour certain que, pour que les opérés retirent tous les bénéfices qu'ils peuvent attendre de la transfusion, les doses doivent être réglées ainsi, chez les adultes :

Dans l'hypohémie aiguë par hémorrhagie grave récente, 200 à 300 grammes;

Dans l'anémie chronique, hypoglobulie, suite d'hypohémie antérieure, 150 à 200 grammes;

Dans l'anémie, chlorose, sans hémorrhagie notable, 100 grammes au moins.

Toute méthode qui ne permet pas de donner ces doses régulièrement et à volonté, toute méthode qui laisse perdre quelque partie du sang offert et ne peut l'employer totalement au salut de l'opéré, est une mauvaise méthode.

Conclusions. — De nombreuses expérimentations de laboratoire, mes études de transfusion sur les animaux, ainsi que plus de 60 transfusions directes opérées sur l'homme sans aucun accident, et avec plus de 50 p. 100 de succès complet, m'ont conduit aux conclusions suivantes :

1) L'injection dans les veines, d'un liquide autre que le sang vivant et complet, n'est utile que très exceptionnellement; elle est toujours nuisible si ce liquide altère le sang ou le dilue, et si ce liquide est lui-même susceptible de produire des infarctus pulmonaires, rénaux, etc.

2) La transfusion du sang d'un animal d'espèce étrangère est toujours nuisible.

3) La transfusion du sang de la même espèce, par les méthodes indirecte, instantanée, ou de défibrination, est le plus souvent nuisible.

Dans tous ces cas, si le sujet exsangue a été ranimé par la transfusion, sa survie n'est jamais que très courte. Les liquides ainsi injectés, de même que les parties du sang propre qui ont été altérées par le contact du liquide, sont éliminés dès la première heure, par toutes les voies d'excrétion.

4) Seul, le sang de la même espèce, complet et vivant, peut assurer la survie définitive du transfusé; il n'est pas éliminé, et ses hématies continuent à vivre dans l'organisme qui les a reçues. Il provoque la formation de globules jeunes (hématoblastes) qui deviennent bientôt des hématies.

5) En pratique clinique sur l'espèce humaine, la transfusion du sang vivant peut assurer la survie dans les cas suivants:

L'hypohémie aiguë par hémorrhagie récente;

L'anémie grave avec ou sans hémorrhagie antérieure;

Les empoisonnements du sang, si le toxique est susceptible d'être éliminé en partie, par une forte saignée préliminaire.

La discussion sur la transfusion est renvoyée à une séance ultérieure.

— La séance est levée à six heures un quart.

Les secrétaires, J. Cyr et Lutaud.

FORMULAIRE

Traitement de la pustule maligne. — Verneuil.

On extirpe la pustule maligne au moyen du thermo-cautère, puis avec le même appareil, on pose des pointes de feu autour de la plaie, et à un travers de doigt de cette dernière. Ces pointes de feu ne doivent être séparées que par un espace de 12 à 15 millimètres. A l'aide d'une seringue de Pravaz, on injecte profondément, dans les points envahis par l'œdème, et de 5 en 5 centimètres, dix gouttes de la solution suivante: Teinture d'iode 1 gramme, eau distillée 200 grammes. — Par dessus la plaie, on dispose une compresse de mousseline pliée en plusieurs doubles et imbibée d'une solution au 40me d'acide phénique. Enfin on administre à l'intérieur, outre la potion de Todd, un julep dont chaque cuillerée renferme 2 à 4 gouttes de teinture d'iode; une cuillerée toutes les deux heures.

Le professeur Trélat combat la pustule maligne par une large incision cruciale; il cautérise profondément la partie escarrifiée au moyen de la pâte de Vienne, puis il injecte 4 à 10 fois chaque jour, au tour de la tumeur, dans les tissus envahis par l'œdème, 30 gouttes d'une solution d'acide phénique au centième. A l'intérieur, il prescrit une potion contenant 0 gr 50 c. d'acide phénique. A mesure que les accidents locaux et généraux perdent de leur gravité, on diminue le nombre des injections, puis on supprime la potion. — N. G.

Nécrologie. — M. le docteur Dorin, qui vient de mourir à Châlons-sur-Marne, était, sinon le doyen, du moins l'un des vétérans des médecins de France. Il était sur le point d'atteindre sa 94e année. Il a légué sa bibliothèque à sa ville natale.

— On annonce la mort, en France, de MM. les docteurs Chapotel (à Choisy-le-Roi); — Bergiat (à Beaurepaire); — Bernardet (à Barsac); — Guillemette (à Villers-Marmery); — enfin M. Concato, professeur de clinique médicale à la Faculté de Turin, a succombé dernièrement à un œdème de la glotte.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Guérineau, directeur de l'École de médecine de Poitiers, qui a succombé aux suites d'une attaque d'apoplexie pulmonaire, à l'âge de soixante-six ans.

— Enfin on annonce de Gœttingue la mort du chimiste Wœhler, à qui l'on doit la découverte de l'aluminium. Il était né à Francfort-sur-le-Mein, en 1800, et avait été professeur de chimie à l'École des arts-et-métiers de Berlin, de 1827 à 1831, et directeur de l'Institut chimique de Gœttingue depuis 1836. Il est le premier qui ait isolé, dès 1827, l'aluminium obtenu depuis en masse compacte par M. Sainte-Claire Deville. On lui doit aussi une nouvelle méthode pour obtenir le nickel à l'état de pureté.

Wœhler était élève du grand chimiste suédois Berzélius.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

FISTULE SALIVAIRE DU CANAL DE STÉNON. — PROCÉDÉ NOUVEAU,

Par L.-G. RICHELOT,

Agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Quand une ouverture s'est faite, quelle que soit sa cause, sur le trajet du canal de Sténon, ou la plaie guérit facilement, ou le bout antérieur du conduit se rétrécit et s'oblitère, tandis que la salive continue de couler par l'orifice accidentel. Dans ce dernier cas, la *fistule salivaire du canal de Sténon* est établie, et n'a aucune tendance à la réparation dès qu'il n'y a plus de bout antérieur pouvant donner passage au produit de la parotide; la situation n'a rien d'obscur, et il est évident qu'une opération peut seule y mettre fin, en rétablissant les voies salivaires dans leur portion intra-génienne.

Les procédés abondent pour la cure de cette infirmité, à cause des difficultés inhérentes au sujet, de la variété des tempéraments chirurgicaux et de la diversité des formes cliniques que peut revêtir la fistule, suivant son étiologie, son siège, ses complications locales. Mais presque tous ont un seul but, en cas d'oblitération totale du bout antérieur, c'est de rendre à la salive une nouvelle issue vers la cavité buccale en créant une sorte de *fistule salivaire interne* à travers les parties molles de la joue. Pour ce faire, Deroy, Monro, Desault, Duphœnix, Deguise et Béclard ont agi de façons très diverses, et je ne veux pas reprendre ici l'énumération qu'on trouve dans tous les traités et dans tous les compendiums. Je n'en dirai qu'un mot : placer, à l'instar de Monro, un séton qui traverse à la fois l'épaisseur de la joue et la fistule, c'est un moyen précaire de rétablir le canal intra-génien; car la présence du fil entretient l'orifice anormal aussi longtemps qu'elle prépare une voie salivaire nouvelle, et, quand on a retiré le fil, rien n'empêche l'orifice de rester béant et de résister aux tentatives de suture, s'il plaît au bout antérieur, à peine formé, de se rétrécir de nouveau et de disparaître comme il l'a déjà fait. Le principe qui doit nous guider est celui-ci : chercher l'oblitération de la fistule *pendant que* la salive est conduite artificiellement vers la bouche, car cette reprise du cours de la salive est la condition même de l'oblitération. Et pour appliquer ce principe, il faut construire un bout antérieur qui, déjà perméable au moment où on fait la suture, puisse être maintenu par un moyen artificiel tant que la cicatrisation n'est pas solidement assurée. A ce point de vue, la canule de Duphœnix me paraît, *a priori*, supérieure à la mèche de Desault et même au procédé de Deguise, modifié par Béclard. Mais je répète que mon but n'est pas de critiquer en détail les faits déjà connus.

Je me suis trouvé dernièrement en présence d'un cas de fistule salivaire où j'ai pu profiter des circonstances mêmes de la lésion pour satisfaire aux indications que je viens de formuler, et cela par une voie différente à certains égards de celles qu'on a suivies jusqu'ici. Le procédé m'a paru digne d'éveiller l'attention parce qu'il peut, si je ne m'abuse, être généralisé à presque tous les cas, et parce qu'il a, sur les autres procédés reconnus efficaces, le double avantage d'être simple et facilement toléré.

Alfred Weber, 42 ans, chauffeur, se trouvait à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 22, pendant le mois d'août 1881, alors que j'y remplaçais M. Le Dentu. Cet homme a reçu

un coup de feu dans la joue droite il y a 25 ans; aujourd'hui, la mâchoire est ankylosée, les dents ne s'écartent que d'un millimètre, les aliments sont introduits en très petits fragments par une brèche dentaire et avalés sans mastication. Depuis 25 ans la santé est parfaite, et l'idée d'une opération d'Esmarch ou de Rizzoli, pour mobiliser la mâchoire, est écartée sans hésitation.

Le malade est entré à l'hôpital le 15 juillet pour une fistule salivaire du canal de Sétnon, qui est, avec l'ankylose, un résultat de l'ancienne blessure, et qui siège à la partie la plus reculée du conduit, sur la face externe du masséter gauche. Depuis plusieurs années, cette complication locale a passé par des phases diverses : de temps à autre un abcès de voisinage se forme au-dessous de la fistule, sur la face externe du masséter; aussitôt qu'il est ouvert, la fistule se cicatrise et la salive se met à couler par l'orifice de l'abcès. Tant que celui-ci est entretenu par une mèche ou un tube à drainage, l'orifice anormal du canal de Sténon reste fermé; laisse-t-on guérir l'abcès, aussitôt la fistule se reproduit et donne issue à la salive parotidienne. Bien des fois déjà le malade a subi ces vicissitudes, et il vient nous demander d'y mettre fin. Voici dans quel état il se présente :

La fistule est guérie et remplacée par une petite cicatrice légèrement déprimée, d'apparence résistante; à 3 centimètres au-dessous d'elle, à peu près sur la même verticale, existe un orifice d'abcès, et plus en avant, sur la face externe du buccinateur, un second orifice pareil au premier : tous deux ont été faits par un médecin il y a quelques semaines, et sont aujourd'hui traversés par un tube à drainage. Le malade sait par expérience que, s'il enlevait le tube et laissait guérir l'abcès, la fistule s'ouvrirait de nouveau. La salive coule abondamment, surtout après les repas, par l'orifice antérieur de l'abcès, au niveau du buccinateur. En résumé, la situation est celle-ci : le bout postérieur du canal de Sténon verse la salive, non plus directement à l'extérieur par un orifice anormal, mais dans un foyer d'abcès qui représente comme une dilatation ampullaire du conduit; et la salive s'échappe au dehors par l'ouverture antérieure de cette dilatation, mieux placée que la postérieure pour lui donner passage.

En considérant l'orifice antérieur de l'abcès comme la vraie fistule à guérir, je me donnais une tâche relativement facile, puisqu'il était situé au niveau du buccinateur, et que je pouvais pénétrer dans la bouche par un trajet court et direct. Je me traçai donc le plan opératoire suivant : plonger un trocart par la fistule (orifice antérieur de l'abcès), à côté du drain qui l'occupe, et le faire sortir sur la muqueuse buccale, vers le point où aboutit d'ordinaire le canal de Sténon; placer, à l'aide de la canule, un tube de caoutchouc dont l'extrémité antérieure sortira par la bouche; attacher l'extrémité postérieure au tube qui traverse actuellement le foyer, et tirer de manière à faire sortir cette extrémité par l'orifice postérieur de l'abcès; de telle façon qu'une anse de caoutchouc occupera le bout antérieur de nouvelle formation et le foyer dans toute son étendue, laissant la fistule dépourvue de corps étranger. Ensuite, j'aviverai la fistule et la fermerai par un point de suture; quand la salive aura repris son cours vers la cavité buccale, j'ôterai l'anse de caoutchouc, et je n'aurai plus à guérir, ou à laisser guérir de lui-même, que l'orifice postérieur de l'abcès, dernier temps sans importance, car toute plaie communiquant avec le canal de Sténon doit s'oblitérer à la première injonction, quand il n'y a pas d'obstacle au cours normal de la salive.

En choisissant un tube à drainage pour reconstituer les voies salivaires, je ne pouvais d'avance affirmer qu'il suffirait, mais je voulais tenter un moyen très simple dans son exécution, et que les tissus devaient tolérer facilement; tel est le double motif qui m'éloignait *à priori* des autres procédés, Duphœnix, Deguise et Béclard. Voici maintenant ce qui arriva :

L'opération fut faite le 25 août. Je perforai la joue avec un trocart à hydrocèle, je plaçai le drain, et je fis, dans la même séance, l'avivement et la suture avec un crin de Florence. Les jours suivants, il y eut gonflement et douleur modérés; on fit des injections phéniquées par le tube; mais la suture ne tint pas, et la salive se remit à couler.

Ce premier échec me parut s'expliquer facilement : le gonflement inflammatoire des premiers jours comprimait le tube à drainage, et la salive ne pouvant couler par lui ni autour de lui, s'était fait jour de nouveau par la fistule. Je résolus donc de placer un tube de plus gros calibre, de le percer d'orifices plus nombreux, et surtout je compris qu'il fallait prendre patience et faire l'opération en deux temps : je devais consacrer plusieurs jours à faire le trajet, et ne tenter l'oblitération de la fistule qu'après avoir assuré la perméabilité du nouveau canal.

Je laissai passer le gonflement inflammatoire, et bientôt le tube à drainage que j'avais mis le 25 août put glisser librement au milieu des tissus; alors je le remplaçai, le 3 septembre, par un tube plus large et muni d'un plus grand nombre de trous. En même temps, je m'aperçus que la fistule s'était d'elle-même rétrécie, preuve que déjà la présence du premier tube avait en partie dérivé le cours de la salive, bien que le malade ne me fournît à cet égard aucun ren-

seignement précis. Je pus même croire un instant qu'avec le nouveau tube une ou deux cautérisations au nitrate d'argent suffiraient pour oblitérer la fistule.

Les choses restèrent ainsi jusqu'à la mi-septembre. Pendant cette quinzaine, la salive sortait toujours par l'orifice anormal, surtout après les repas. Mais il en coulait aussi dans la bouche; peu à peu le malade s'en rendit mieux compte, et de lui-même il prit l'habitude, après chaque repas, d'exercer des pressions d'arrière en avant pour forcer la salive à se diriger vers la cavité buccale. Bientôt, sous les pressions du malade, le liquide parotidien suivit en majeure partie le nouveau trajet, et la fistule devint presque sèche; ce qui me fit penser qu'en fin de compte le tube de caoutchouc suffirait à reconstituer les voies salivaires, et que je n'étais pas loin d'atteindre mon but.

Le 17 septembre, avivement infundibuliforme et suture avec un crin de Florence. Pansement phéniqué simple. Je me garde bien d'enlever le tube à drainage; car il faut, je l'ai dit en commençant, que le conduit salivaire de nouvelle formation soit maintenu par un moyen artificiel tant que la cicatrisation de la fistule n'est pas solidement assurée.

Le 24 septembre, ablation du crin de Florence. La fistule est fermée, rien ne coule plus au dehors; cependant le malade continue à excercer des pressions qui favorisent le cours de la salive. Enfin, dans la première semaine d'octobre, l'écoulement se fait dans la bouche naturellement et sans difficulté. La cicatrice me paraissant solide et la nouvelle voie intra-génienne bien canalisée, je me décide, le 13 octobre, a enlever le tube à drainage.

L'orifice postérieur de l'ancien abcès restait seul à guérir; ainsi que je l'avais prévu, il se ferma bientôt, presque de lui-même, et, le 17 octobre, la guérison était parfaite. Le malade fut encore tenu en observation jusqu'au 22, et partit pour Vincennes.

En résumé, voici ce que j'ai fait : à l'imitation des auteurs classiques, j'ai créé une fistule salivaire interne en maintenant un corps étranger au milieu des tissus; j'ai employé pour cet usage un tube de caoutchouc, comme étant facile à mettre en place et facile à supporter; en outre, j'ai mis à profit une disposition spéciale pour faire sortir l'extrémité postérieure du drain par un orifice anormal situé en arrière du cours de la salive, ce qui m'a permis de laisser libre la fistule pendant que la voie intra-génienne commençait à se former, puis d'oblitérer cette fistule au moment opportun, enfin de prolonger la canalisation artificielle pendant le temps nécessaire à la consolidation de la cicatrice. Si j'ai eu quelques retards, c'est pour n'avoir pas tracé tout d'abord un programme aussi net, et n'avoir pas conçu du premier coup, dans ses temps successifs, le procédé qui devait me réussir.

Je pense qu'il y aurait avantage, dans la plupart des fistules salivaires du canal de Sténon, à employer pour tout appareil un tube à drainage, et de plus à imiter de parti pris la conduite que m'a inspirée la présence d'un abcès de voisinage et d'un orifice postérieur. On pourrait décomposer ainsi qu'il suit l'opération :

1° Plonger un trocart dans la fistule d'avant en arrière, et le faire sortir sur la joue à quelque distance, de manière à créer un orifice postérieur situé hors du cours de la salive. A l'aide d'un stylet aiguillé, mettre un fil provisoire à la place du trocart.

2° Par la fistule, perforer obliquement la joue d'arrière en avant, et placer un tube en caoutchouc dont l'extrémité antérieure sorte par la bouche.

3° Attacher l'extrémité postérieure du tube au fil provisoire, et la faire sortir par l'orifice nouvellement créé. De cette façon, une anse de caoutchouc passe derrière la fistule sans y toucher.

4° Suturer la fistule après avivement. Mais ici deux remarques importantes : avant la suture, il faut laisser tomber le gonflement inflammatoire, et attendre que la salive coule dans la bouche avec une facilité relative; après la suture, il faut attendre encore, et ne pas retirer le tube avant que le cours de la salive soit entièrement libre et la cicatrice résistante.

Dans ce procédé, il y a deux choses nouvelles, l'usage du tube de caoutchouc et la création d'un orifice postérieur. Voici les avantages que j'y trouve : rien n'est plus facile que de passer un drain comme je viens de le dire; la canule de Duphœnix, le fil de fer de Deguise et Béclard ne peuvent être aussi bien tolérés ni d'une application aussi commode. Or, si l'on admet le tube à drainage pour unique

appareil, comment l'employer? Le faire simplement passer de la bouche à la fistule, c'est se placer dans les mauvaises conditions que je signalais au début de ce travail, en faisant la critique du procédé de Monro : il est impossible d'oblitérer la fistule sans ôter d'abord le séton tubulé; il en résulte que la salive, en présence d'un canal de formation récente et d'un point de suture encore mal assuré, peut aussi bien forcer le point de suture que suivre la voie nouvelle. Si, au contraire, l'anse de caoutchouc laisse libre la fistule et passe derrière elle pour aboutir à un orifice postérieur, il arrive que, plus la voie nouvelle se dilate et devient perméable, plus la fistule se déshabitue de laisser passer la salive et tend d'elle-même à l'oblitération. Intervenez alors, après avoir donné au séton le temps nécessaire pour canaliser le trajet qu'il occupe, vous n'avez plus à fermer qu'un orifice déjà tout prêt pour l'adhésion. Et celle-ci persistera d'autant mieux que vous patienterez encore, avant de vous décider à l'ablation définitive du drain.

Mais, dira-t-on, la création d'un orifice postérieur ne fait que reculer la difficulté en remplaçant la fistule qu'on veut guérir par une autre située plus en arrière. A cela je répondrai que cet orifice postérieur n'est pas dans les conditions d'une vraie fistule, car il est placé hors du cours de la salive, et, de plus, au moment où on le débarrasse du drain pour le guérir, les voies sont rétablies et rien ne s'oppose à la libre circulation du produit parotidien, partant à la cicatrisation d'une plaie qui communique avec le canal de Sténon.

En résumé, le procédé que j'ai mis en usage mérite d'être essayé de nouveau, car il est d'une grande simplicité opératoire, et semble répondre exactement aux indications thérapeutiques.

BIBLIOTHÈQUE

Aperçu général des principales publications de M. le docteur Ferdinand Verardini, médecin en chef du Grand hôpital de Bologne, etc., etc.

On est heureux de pouvoir signaler de temps à autre à l'attention du lecteur des exemples comme celui de notre distingué confrère de Bologne qui, depuis 1850, jusqu'en 1881, a pu livrer à la publicité sous forme de mémoires, de traités, d'observations, etc., soixante-quinze travaux la plupart inédits! Bien qu'il y ait des parties faibles dans cette œuvre importante, on reste cependant sous le charme de la plupart de ces écrits; car presque tous sont frappés au bon coin de l'originalité, et montrent un esprit de suite et beaucoup de goût comme qualités maîtresses du savant médecin italien.

Si nous ne pouvons, dans un article de journal, développer et rechercher avec tout le soin voulu les parties absolument neuves de ces publications et en faire ressortir l'importance, nous pouvons du moins en citer quelques-unes et éveiller l'attention de ceux qui tiennent à la vérité scientifique et la recherchent de quelque côté qu'elle se présente.

L'Académie des sciences de l'Institut de Bologne et les bulletins des sciences médicales de a même ville ont inséré dans leurs archives le plus grand nombre de ces travaux; il est donc facile de les retrouver.

La série des études publiées par M. le docteur Verardini débute par une observation d'extase cataleptique incomplète (1850); successivement passent en revue des chapitres de médecine proprement dite, des aperçus d'administration médicale, et surtout des notes sur la pratique hospitalière de ce médecin : telles que des observations sur l'occlusion intestinale et son traitement par la glace (*Bullet. scien. med. Bologne*, 1857, T. VIII); un examen critique sur l'origine anatomique et étiologique du tubercule, in *Bullet.*, etc., 1859; un rapport sur les asiles infantiles de Bologne, en 1856, etc.

Mais la partie absolument personnelle de l'œuvre de notre éminent confrère, celle qui nous le montre sous un jour tout à fait favorable, est celle qui touche à l'art des accouchements. Nous avons eu récemment l'occasion de signaler, dans notre livre sur l'obstétrique italienne, quelques-uns des points traités par le médecin bolonais; nous nous bornerons donc à mentionner ses recherches sur l'accouchement forcé chez les femmes mortes enceintes, substitué à l'opération césarienne, et les avantages que cette pratique présente dans la majorité des cas. (In *Mémoires acad.*, 1861, T. XII.)

Un autre chapitre bien curieux est celui de l'auscultation intra-vaginale comme diagnostic

de la grossesse à sa première période; l'auteur a même fait construire, dans ce but, un stéthoscope spécial, afin de rendre cet examen plus facile. Ce moyen est logique, il est aussi très rationnel; mais, malgré cela, il ne semble pas appelé à un grand avenir, car il répugne dans son application à presque toutes les femmes. (In : 1873, *Mémoires acad.*, T. III, et 1878, *Journal des sciences médicales de Venise.*)

M. le docteur Verardini a même cherché à établir, par l'emploi de ce stéthoscope, le diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta; des essais semblables avaient du reste déjà été faits auparavant, par Massarenti et Rizzoli; ils ne donnèrent pas les résultats qu'on en attendait.

Nous trouvons encore d'autres inventions de ce praticien : d'une part, un levier obstétrical articulé pouvant servir à décoller la tête du fœtus (*Mémoires acad.*, T. IV, 1873); d'autre part, un nouveau crochet décollateur spécialement employé pour décapiter le fœtus mort dans l'utérus (In : *Mémoires acad.*, 1880).

Nous regrettons qu'en France l'emploi du levier ne soit pas devenu classique au même titre que le forceps, sur lequel il a parfois des avantages incontestables, dans les rétrécissements du bassin, par exemple. M. le professeur Fabbri a remis en honneur cet instrument, au delà des Alpes. Le levier de M. le docteur Verardini est à grande courbure et articulé, il ressemble à une spatule; les accoucheurs italiens semblent lui reconnaître une valeur réelle.

On chercherait vainement ailleurs une histoire semblable à celle que raconte ce médecin : une dame qui tint 7 années et 2 mois un fœtus mort dans son sein! Cette curieuse observation est consignée dans les *Bulletins des sciences médicales de Bologne*, T. XX, p. 329, 1875.

Il nous est impossible, nous le regrettons vivement, de nous appesantir sur le compresseur thoracique de M. le docteur Verardini, qui trouve son emploi sur le côté sain de la poitrine, à la suite de la thoracentèse. (*Bullet.*, etc., 1876, T. XXI.)

Nous signalerons encore la guérison d'un vaste anévrysme de la crosse de l'aorte par l'électro-puncture (*Mém. acad.*, T. VII, 1877); une note sur l'action déprimante de l'ipéca sur les vaisseaux, lorsque cette substance est donnée à haute dose dans la pneumonie. (*Mém. acad.*, T. II, 1881.)

Enfin un traité sur *les maladies du pancréas*, dont la 4e édition vient de paraître et clôt cette série importante. Un sujet aussi obscur et aussi peu connu que la pathologie du pancréas, ne pouvait être abordé que par un profond observateur; le succès de cette étude aride a répondu à l'attente de notre distingué confrère, qui est parvenu à faire l'histoire des maladies de cette glande, malgré si peu de données certaines; c'est un progrès réel accompli en pathologie, dont tous les médecins sauront apprécier les avantages.

Nous nous bornerons à cette énumération déjà si longue, quoique bien incomplète, et à laquelle nous aurions voulu pouvoir ajouter quelques-uns des discours et rapports académiques faits par l'auteur. Nous ne terminerons pas cependant cette analyse sans exprimer à notre éminent confrère tout le plaisir que nous avons éprouvé à la lecture de ses travaux, qui méritent mieux que de vains éloges, c'est-à-dire l'attention sérieuse du Corps médical, qui reconnaîtra bientôt qu'ils font le plus grand honneur à celui qui les a signés.

Dr Gel Millot-Carpentier, de Montécouvez (Nord).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1882. — Présidence de M. Millard.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Observation d'*aphasie*, par MM. d'Heilly et Chantemesse. — *Guérison d'un cas d'angine ulcéreuse par l'iodoforme*, par M. Gouguenheim. Discussion : MM. Zuber, Damaschino, Gouguenheim. — *Sur la transfusion du sang*, par M. Roussel. — Communication de MM. Ferrand et Damaschino sur *un cas de chylurie*. Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Rendu, Ferrand, Damaschino, Ollivier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Marseille médical.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Lyon médical.* — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Angiôme caverneux capsulé de l'orbite*, etc., par G. Camuset. — *Mémoires* de la Société de médecine de Strasbourg. — *Annales de gynécologie.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler, etc., etc.

—

M. d'Heilly présente, en son nom et au nom de M. Chantemesse, une observation d'aphasie. (Sera publiée.)

M. GOUGUENHEIM communique une observation d'angine ulcéreuse guérie par des applications réitérées d'éthérolé d'iodoforme. (Sera publiée.)

M. ZUBER : Nous nous servons beaucoup d'iodoforme depuis quelque temps au Val-de-Grâce; nous nous en servons toutes les fois que nous en saisissons l'occasion, imitant en cela les médecins allemands. Chez eux, tout est à l'iodoforme pour le moment. Ce médicament, employé sous toutes les formes, en poudre, en crayon, en pâte, en glycérolé, est, en effet, un médicament antiseptique de premier ordre; il guérit entre autres merveilleusement toutes les plaies atoniques et même les fistules à l'anus.

Non-seulement en Allemagne ou l'emploie localement contre les ulcérations tuberculeuses du pharynx, mais encore on s'en sert en inhalations contre la tuberculose. C'est un antituberculeux par excellence; localement du moins son action favorable ne saurait être mise en doute.

M. DAMASCHINO : Je crois pouvoir affirmer que l'iodoforme n'a pas le monopole de la guérison des ulcérations tuberculeuses. C'est ainsi qu'il y a deux ans j'ai guéri par la teinture d'iode employée localement, l'iodure de potassium et l'iodure de fer administrés à l'intérieur, une femme atteinte d'une large ulcération tuberculeuse de la gorge. Plus tard cette malheureuse fut prise d'un œdème de la glotte qui nécessita la trachéotomie. Actuellement elle est guérie de sa gorge et de son larynx, mais la tuberculose s'est instillée dernièrement aux sommets de ses deux poumons.

M. GOUGUENHEIM : Je partage entièrement l'avis de M. Zuber; l'iodoforme agit merveilleusement sur toutes les plaies atoniques; mais il faut excepter les ulcérations syphilitiques tertiaires, les plaies phagédéniques de cet ordre, dans lesquelles l'iodoforme employé localement reste sans action s'il n'est pas précédé ou accompagné de l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

—

M. ROUSSEL fait une communication sur la transfusion du sang. Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Hayem, Quinquaud et Zuber, rapporteur.

—

MM. FERRAND et DAMASCHINO donnent la relation d'un cas de chylurie. (Sera publiée prochainement.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : Pourquoi la filaire de l'hématochylurique apparaît-elle la nuit seulement dans le sang et dans les urines? Et comment ce parasite passe-t-il du sang dans les urines?

M. DAMASCHINO : Ce sont autant de questions restées jusqu'ici insolubles, mais se rattachant à des faits absolument certains. J'ajouterai que, dans le fait actuel, les crises des hématochyluriques offrent avec la présence des filaires dans le sang une relation indéniable.

M. RENDU : Je demanderai à M. Ferrand s'il a essayé de faire du jour la nuit et de la nuit e jour pour son malade, et de voir les effets produits sur la composition du sang et des urines.

M. FERRAND : Il m'a été impossible de poursuivre mes recherches dans le sens indiqué par M. Rendu, en raison de l'indocilité de mon malade que je voudrais conserver encore. J'ai d'ailleurs remarqué dans ses urines de grandes variations dans les vingt-quatre heures; à la fin de la journée, l'urine est à peine lactescente, dans le milieu de la nuit, elle contient beaucoup de sang, vers le matin elle devient très lactescente, et, dans la journée, cet état lactescent décroit considérablement.

M. ROBIN : Il ne faudrait pas, je crois, trop généraliser; je pense, pour ma part, qu'il existe deux sortes de chylurie, l'une hémato-chylurie des pays chauds avec filaire, et l'autre chylurie simple de nos pays, sans filaire.

M. DAMASCHINO : L'opinion émise par M. Albert Robin est absolument conforme à ce que j'ai pu voir moi-même; j'ai déjà indiqué cette différence dans une récente discussion à la Société clinique à propos d'une intéressante communication faite par M. Boissard.

M. OLLIVIER : A propos de la communication que nous venons d'entendre, je demande la permission de rappeler un cas d'*hématurie chyleuse* que j'ai communiqué à la Société d'anthropologie au commencement de l'année 1878. Le sujet de cette observation était un mulâtre originaire de la Martinique. L'examen micrographique ne permit pas de découvrir dans l'urine la présence du parasite découvert par Wucherer et si bien étudié dans sa dissertation inaugurale par le regretté docteur Crevaux. Ce résultat négatif peut du reste s'expliquer très bien par les intéressantes recherches de M. Damaschino.

J'ai tenu à rappeler l'observation que j'ai publiée parce que l'analyse des urines, — ces analyses ne sont pas très nombreuses, — a été faite avec un soin très grand par M. Henninger, agrégé de la Faculté.

M. Damaschino : Les résultats négatifs signalés par M. Ollivier s'expliquent fort bien puisqu'il a recherché le parasite dans le fond de l'urine et non pas dans les caillots ou les filaments flottants dans le liquide. De même l'examen histologique du sang a été fait sur ce liquide recueilli pendant le jour et non pendant les heures de la nuit.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

CHRONIQUE

Monument à Darwin. — Dans la séance du comité exécutif du monument à Darwin, tenue le 30 juin à la Société royale, on a annoncé que la souscription totale s'élevait à 6,217 francs. Il a été décidé qu'on élèverait une statue en marbre, et on a nommé un sous-comité chargé d'étudier la question. On demandera au *British Museum* l'autorisation de placer la statue dans la grande salle de la section d'histoire naturelle.

Un poisson vivipare. — On sait que les poissons sont ovo-vivipares. Un petit poisson, qui n'a pas plus de 3 centimètres de long chez le mâle, et 5 centimètres chez la femelle, fait exception à la règle. Il s'appelle *Gambusia patruelis* et vit aux États-Unis, à Cherystone, dans la presqu'île orientale de la Virginie ; on ne le trouve que dans les cours d'eau des hauteurs, et c'est pourquoi les Américains l'ont appelé « le goujon des sommets ». Il est vivipare, mais l'incubation a lieu non pas dans l'utérus, mais dans l'ovaire ; il n'y a pas de véritable placenta reliant le fœtus à la mère ; l'embryon du *Gambusia* flotte librement dans un liquide par l'intermédiaire duquel se font les échanges gazeux et nutritifs, entre le follicule ovarien entouré d'un réseau très riche de capillaires sanguins et les branchies du jeune fœtus, qui sont développées de très bonne heure. (John A. Ryder, *The american Naturalist,* fév. 1881, et *Revue scientif.*, 23 sept., p. 405.)

Quelques émules victorieux du docteur Tanner. — Notre confrère américain a été dépassé plusieurs fois déjà par les prosélytes qu'il a faits dans sa lutte pour l'existence par le jeûne. Une de ses compatriotes, dans un autre but toutefois, celui de se donner la mort, se priva absolument de nourriture ; tous les efforts que l'on fit pour la faire renoncer à son projet n'aboutirent qu'à lui faire prendre un peu d'eau. Elle survécut de cette façon 47 jours, supportant ainsi l'abstinence une semaine de plus que le docteur Tanner.

Le *New-York Herald* rapporte un autre exemple du même genre : Un fou, nommé Clark, interné au *Camden County Insane Asylum*, a poussé son jeûne jusqu'à 41 jours ; il avait, lui, pour but de récupérer la raison en s'abstenant de manger. Ce fou, âgé de 40 ans, occupait une position sociale élevée, lorsqu'on dut l'interner il y a deux ans. A cette époque, il était violent et mangeait avec avidité ; sa folie était considérée comme d'origine héréditaire. Par moments il avait des périodes de lucidité pendant lesquelles il se disait qu'il devait y avoir un moyen de le guérir. Sa première expérience consista à s'administrer chaque matin, pendant une huitaine de jours, une vigoureuse volée de coups de poing dans la tête, à jouer au bélier contre les murs de sa chambre. Craignant des suites dangereuses, le directeur de l'asile s'efforça de persuader à son patient que ce mode opératoire ne valait rien ; il y réussit.

Clark changea alors d'opinion et décida de traiter son mal par une abstinence de quelque durée. Le désespoir des médecins fut grand, paraît-il (je ne sais trop pourquoi), mais rien ne put amener l'obstiné Clark à changer cette fois d'avis. Pendant 41 jours il ne mangea rien ; son seul aliment était de l'eau, et de l'eau tiède par dessus le marché. Aux objurgations du médecin, il répondait poliment, avec autant de douceur que de fermeté, qu'il croyait avoir trouvé le bon moyen de se guérir, et qu'un de ses frères, fou comme lui, avait jeûné pendant 51 jours sans en mourir. Il déclarait en outre qu'il n'avait pas l'intention de se faire mourir de faim, mais qu'on moment où il le jugerait convenable, il romprait son jeûne. On eut beau lui offrir les mets les plus succulents, les plats les plus appétissants, Clark demeura inflexible. Le trente et unième jour, il dut prendre le lit à cause de sa faiblesse ; le quarante et unième jour, il rompit le jeûne en buvant une tasse de café, puis du lait. Il s'en tint au régime lacté pendant une semaine, puis y ajouta des fraises ; ce régime fut continué pendant un mois, puis remplacé par un régime farineux. Clark en est néanmoins arrivé à ses fins, car on le considère comme guéri, et, de l'avis du directeur, sera mis en liberté probablement d'ici peu.

Mais tous ces jeûnes sont encore bien mesquins auprès de celui d'un mendiant religieux de l'Inde, qui s'est infligé par pénitence un jeûne de 91 jours l'année dernière et de 86 jours l'année précédente. Il ne prenait qu'un peu de petit lait de temps en temps. De plus, il avait renoncé aussi pendant ce temps à la mendicité, car, contrairement au docteur Tanner, il n'acceptait ni cadeaux ni rémunérations.

Cause de la mort de M. Hillairet. — M. le docteur Dieulafoy, qui a assisté M. Hillairet à ses derniers moments, rapporte dans la *Gazette hebdomadaire* l'histoire de sa courte maladie, terminée d'une manière si funeste. Le jeudi 14 septembre, M. Hillairet déjeûna de bon appétit, ne se sentant nullement malade; il avait cependant éprouvé le matin à sa sortie une sensation de froid, suivie d'une douleur, à la région cardiaque. Il avait néanmoins commencé sa consultation et reçu deux malades, mais la douleur devenant plus intense, il avait pris le parti de se coucher. A deux heures et demie, il envoya chercher M. Dieulafoy qui arriva quelques minutes après. A ce moment, M. Hillairet eut un accès de douleur. « La voici, dit-il, ... on dirait qu'elle part des oreillettes.... c'est comme une déchirure de l'aorte.... elle irradie aux deux bras jusqu'aux coudes, en suivant le trajet du cubital..... elle remonte au cou, au larynx... » Et en décrivant ainsi la marche de la douleur, sa voix était entrecoupée de plaintes.

L'accès dura trente secondes environ et cessa brusquement. Pendant l'accès, comme après l'accès, le pouls n'eut pas la plus légère défaillance, pas la plus légère intermittence; il resta normal et régulier; ni pâleur des mains ni pâleur de la face; la respiration resta absolument calme; l'auscultation ne révéla aucun indice de lésions cardiaque ou aortique, dont M. Hillairet n'avait du reste jamais souffert. M. Dieulafoy proposa une injection de morphine qui fut refusée, et le malade étant calme, il le quitta à trois heures. Peu après, deux nouveaux accès très douloureux survinrent coup sur coup, et à trois heures un quart M. Hillairet était mort.

« Il me paraît évident, ajoute M. Dieulafoy, que M. Hillairet a succombé à une angine de poitrine. Peut-on invoquer une lésion cardio-aortique ? Ce n'est pas probable, car l'état du pouls et l'auscultation pratiquée quelques instants avant n'avaient donné que des signes négatifs. L'angine de poitrine est donc survenue, sans cause apparente, en pleine santé, après quelques semaines de vacances et de repos. Elle a été mortelle dès sa première atteinte, bien que les quelques accès qui ont précédé le dénouement fatal n'aient eu qu'une faible intensité.

Menaces de choléra. — Comme chaque année à cette époque, le choléra a éclaté dans le bassin du Gange, et s'étend déjà assez loin de là. La *Gazette hebdomadaire* du 22 septembre publie deux articles, l'un de M. Zuber, l'autre extrait du journal le *Temps*, et qui nous donnent de précieux renseignements sur ce sujet. Le danger vient, à cette époque, de deux sources : des transportations de l'Inde en Europe, et des pèlerinages des musulmans à la Mecque. On ne peut y remédier qu'en s'opposant à ces voyages, par la quarantaine pour les navires et les cordons sanitaires pour les voyageurs. Les années précédentes, les mesures prises par le comité préposé à cet effet au nom de la Commission sanitaire internationale, à l'île de Camaran, à l'entrée de la mer Rouge, près d'Aden, et qui est composé du docteur Douka, chef de service, et de six médecins sous ses ordres, ces mesures, disons-nous, ont été strictement exécutées et ont réussi à préserver les pays limitrophes de la mer Rouge, et par suite l'Europe. Cette année des craintes sérieuses se sont élevées par suite du mauvais vouloir qu'apporte en général le gouvernement anglais à se soumettre à des mesures qui entravent son commerce, et qui, récemment, s'opposaient à l'arrivée de ses troupes de l'Inde en Egypte. La Commission sanitaire a eu beaucoup de peine à faire respecter ses décisions, mais enfin elle y est à peu près parvenue jusqu'ici.

Les Anglais délivrent trop facilement des patentes nettes quand leurs intérêts l'exigent, sans se soucier des conséquences graves qui peuvent en résulter.

L'année dernière, c'est un bateau anglais, muni d'une patente nette, qui apporta le choléra en Arabie. Cette année, l'*Hesperaï*, venant de Bombay avec le choléra à bord, dont sont morts deux passagers retenus en quarantaine à Camaran, avait également une patente nette. En présence de ce fait, la Commission sanitaire d'Alexandrie mit en quarantaine tout navire venant de Bombay, et ce qu'il y a de plus grave, c'est que les trois membres anglais du Conseil protestèrent contre cette décision. Le plus fort est que, ultérieurement, le gouverneur de Bombay, tout en signalant quelques cas de mort par le choléra dans cette ville, a fait connaître que le conseil médical de son gouvernement déclarait que la situation sanitaire était nette.

D'un autre côté, le *Journal officiel* publie la note suivante : « Le choléra, qui règne en ce moment dans l'extrême Orient, a atteint notre colonie de Cochinchine. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie ne frappe guère que les indigènes. A la date du 4 septembre, huit Européens seulement avaient été atteints, trois avaient succombé. Toutes les précautions avaient d'ailleurs été prises d'avance pour combattre le fléau, dont les progrès à Manille et

dans l'Annam faisaient prévoir l'invasion. » On sait, en outre, que le Japon en est, actuellement encore, fortement éprouvé.

La menace du danger est donc sérieuse, car, ainsi que le dit M. Zuber, le choléra trouve cette année des conditions particulièrement favorables pour envahir l'Europe. Il est de toute nécessité que les gouvernements profitent des quelques jours qui nous séparent encore du grand mouvement des pèlerins, pour agir auprès de l'Angleterre, afin que cette puissance veuille bien rappeler énergiquement à ses agents les mesures nécessaires à prendre pour arrêter le fléau, et appuyer, au lieu de les affaiblir, les décisions prises par le Conseil sanitaire d'Alexandrie. Nous ne pouvons que nous associer à ces réflexions, et engager tous nos confrères de la presse à prendre part à cette campagne, qui a pour but d'amener les gouvernements européens à préserver le monde civilisé d'un fléau meurtrier.

L'*ovariotomie en Italie.* — Dans le *Raccoglitore medico* du 20 juillet dernier, le docteur Peruzzi publie une note sur la troisième centaine de cas d'ovariotomie dans son pays. Il montre que, tandis qu'il fallut 19 ans pour compléter la première série de 100 cas, la seconde ne demandera que 2 ans et demi, et la troisième, 23 mois. La troisième série fut exécutée par 46 opérateurs, dont 28 n'opérèrent qu'une seule fois chacun; sept, deux fois chacun, et le docteur Margary, de Turin, qui eut le plus fort chiffre, huit fois. Le résultat fut 73 guérisons et 27 morts. Dans la seconde centaine, il y avait 36 morts, et dans la première, 61; ce qui démontre surabondamment que plus la pratique s'étend, plus les résultats sont bons, et la mortalité diminue. Dans la dernière centaine, il y eut 9 opérations incomplètes ou partielles, avec 5 guérisons et 4 morts. On note encore 27 cas d'ablation de tumeurs utérines, réunies ensemble sous le titre de laparo-hystérotomie sus-vaginale. Ces 27 cas donnèrent 7 guérisons et 20 morts. — P.

JOURNAL DES JOURNAUX

Observation d'éruption produite par la quinine (quinine rash), par le docteur SWEETNAM. — Un émigrant Irlandais, exerçant la profession de mécanicien, possédant des antécédents de tuberculose, est atteint d'une fièvre typhoïde, et soumis au traitement par le sulfate de quinine. Cette médication fut suivie pendant trois semaines sans donner lieu à aucun accident, quand alors on adjoignit, à titre de stimulant, l'administration de l'alcool. Quinze minutes après l'ingestion de ce médicament, le malade se plaignit de malaise, de nausées, de vomissements, et de sécheresse du pharynx. A l'examen de la cavité buccale, on observe de la rougeur de la muqueuse; en même temps se montraient sur les membres des taches écarlates qui, peu à peu envahirent la totalité de la surface du corps. L'éruption étant devenue générale, le malade se plaignait d'une sensation de brûlure de la peau, et éprouvait une transpiration abondante. Par son aspect et sa marche, cette éruption avait quelques-uns des caractères de l'urticaire et de l'érythème, et était vraisemblablement d'origine quinique ; l'action stimulante de l'alcool avait été, d'après l'auteur, la cause adjuvante de sa production. (*The Canadian journal of medical science*. p. 378 ; décembre 1881.) — Ch. E.

De l'emploi de l'ergotine contre les sueurs des phthisiques, par le docteur DA COSTA. — Après avoir passé en revue les divers médicaments employés dans ce but, tels que l'atropine, l'acide salicylique, la muscarine, la picrotoxine, la poudre de Dower, l'oxyde de zinc, les acides minéraux, la fève de Calabar, etc., le docteur Da Costa se prononce en faveur de l'ergotine. Ce médicament agirait sur les centres médullaires, et les nerfs sudoraux, comme l'atropine dont les propriétés ont été étudiées avec un grand soin par Luchsinger, Wawrocki et surtout par M. Vulpian.

Tandis que l'atropine présente des inconvénients (sécheresse du pharynx, accidents de la vision, troubles généraux), l'ergotine, tout en possédant les avantages de l'atropine, ne donne pas lieu à ces manifestations. En provoquant la contraction des artérioles, elle modérerait l'afflux du sang et la sécrétion des glandes sudoripares. Administrée chaque jour à la dose répétée de deux grains, l'ergotine diminuerait rapidement les sueurs nocturnes et l'action persisterait après la cessation de son administration. Cette propriété permettrait d'éviter les inconvénients de l'accoutumance. (*The London médical Record*, 15 novembre 1881.)

Ch. E.

Traitement de certaines arthropathies par l'électricité, par M. le docteur Alix JOFFROY, médecin des hôpitaux. — L'électrothérapie, efficace seulement dans les cas d'arthrite chronique, est contre-indiquée quand les phénomènes aigus et subaigus ne sont pas éteints.

Dans les *arthrites du rhumatisme articulaire chronique progressif*, les résultats sont

médiocres et, quand ils sont heureux, on peut les attribuer plutôt au repos qu'à l'électrothérapie. On devra s'estimer heureux d'obtenir une sédation dans la marche des accidents.

Dans le *rhumatisme articulaire chronique, à localisations et à marches indéterminées*, et surtout dans les *formes chroniques des arthrites consécutives à la blennorrhagie, à la puerpéralité* ou au *traumatisme*, on obtient des résultats plus satisfaisants.

Le procédé opératoire consiste à fixer le pôle positif d'une pile à courants continus de 20 à 40 éléments, soit sur les côtés, soit sur les parties supérieure ou inférieure de la tumeur articulaire, et à promener sur la surface cutanée de l'articulation le tampon représentant le pôle négatif. La peau devient rouge et sensible au niveau du tampon.

Dans les cas heureux, les lésions siégeaient surtout snr les tissus périarticulaires qui étaient indurés et résistants. Il n'existait ni fongosités, ni lésions osseuses. Ce fait clinique explique pourquoi le traitement ne donne pas de résultats favorables dans la goutte et le rhumatisme articulaire chronique. En effet, dans ces affections, les lésions sont articulaires et entretiennent des altérations de voisinage dans les tissus musculaires et fibreux.

C'est donc surtout dans les arthropathies produites par le traumatisme, par la puerpéralité ou la blennorrhagie, mais seulement après la disparition de tous les accidents aigus, que les courants continus peuvent procurer sinon une guérison complète, du moins l'amélioration rapide des altérations périarticulaires et le retour des mouvements. (*Archives générales de méd.*, novembre 1881, p. 398.) — Ch. E.

Hémiplégie droite avec anesthésie dans le cours d'un catarrhe gastro-intestinal, par M. Delpeuch. — La malade, âgée de 54 ans, cardeuse de laine, est une paysanne qui ne possède aucun antécédent héréditaire ou acquis, ni aucun des attributs de l'hystérie. Le 21 juin dernier, étant à l'atelier, elle éprouva tout à coup de violentes coliques et de la diarrhée. Le lendemain, elle remarqua qu'elle ne pouvait ni s'appuyer sur la jambe droite, ni se servir du bras droit. De plus, il existait des fourmillements dans ces membres. Les vomissements et la diarrhée augmentant, on lui prescrivit un vomitif, qui fit cesser les vomissements. Le 6 juillet elle entre dans le service de M. Rigal à l'hôpital Laënnec, où on constate la persistance des doulenrs abdominales, mais l'absence de troubles viscéraux.

La paralysie motrice du côté droit était manifeste, ainsi que l'analgésie ; toutefois, la sensibilité tactile était conservée. Le lendemain, la sensibilité était revenue, et les jours suivants, les accidents intestinaux s'étant atténués, la motilité reparut, mais très lentement et graduellement.

Cette observation montre bien que la paralysie réflexe de cette malade était un phénomène d'inhibition analogue à ceux qu'on observe dans les paralysies hystériques. La disparition rapide de l'hémianesthésie et l'absence de paralysie faciale, ne permettent pas d'admettre une lésion anatomique, même légère. (La *France médicale*, p. 806, 8 décembre 1881.) — Ch. E.

Kyste hydatique du cœur, par M. le docteur J. Arnould. — Le malade, soldat au 16[e] bataillon de chasseurs à pied, était sujet à des lypothymies survenant brusquement et se terminant par un sommeil profond et prolongé. A la suite d'une marche militaire, le malade atteint d'une syncope persistante succomba, avec des signes physiques de cyanose, d'anxiété respiratoire et des taches nombreuses d'urticaire.

A l'autopsie, on trouva des kystes hydatiques dans le sommet du poumon gauche et dans les lobes supérieurs des deux poumons des nodules pierreux d'origine tuberculeuse. Dans l'artère pulmonaire on constate la présence de débris d'hydatides arrêtés dans les petites ramifications. Vers l'orifice ventriculaire du tronc de cette artère et dans la cavité du ventricule droit, le nombre des hydatides libres était considérable. Dans l'oreillette droite, on rencontra une tumeur kystique contenant des hydatides, et dont la paroi était déchirée. Cette ouverture faisait face à l'orifice tricuspidien. Cette tumeur tapissée en dedans par l'endocarde, en dehors par le péricarde, s'était probablement développée dans la paroi auriculaire. Il n'existait pas de kyste dans les autres viscères.

Les cas de kyste du cœur ne sont pas communs, et la valeur de l'observation actuelle au point de vue anatomo-pathologique est d'autant plus grande qu'on a pu constater le siège de la tumeur kystique et le point de départ auriculaire de cette injection vermineuse des divisions de l'artère pulmonaire. (*Bulletin médical du Nord*, Octobre 1881, p. 475.) — Ch. E.

Observation de paralysie partielle de l'iris, par le docteur J.-M.-G. Carter (de Grayville, Illinois). — Blessé à l'œil gauche par un projectile, un jeune enfant de sept ans avait éprouvé de la diminution de l'acuité visuelle, quand il regardait des objets éloignés. Le défaut d'accommodation pour les longues distances était dû à l'extrême dilatation pupillaire. En l'absence de lésions apparentes et comme la pupille était faiblement modifiée par l'action d'une vive lumière, le docteur Carter admit que les filets nerveux qui se distribuent aux fibres circu-

laires de l'iris avaient été altérés, et qu'il en résultait une paralysie partielle de l'iris. Des douches quotidiennes d'eau froide et l'extrait de fève de Calabar furent employés. La guérison était complète en quelques semaines. Il est probable que l'usage de l'électricité en aurait encore abrégé la durée. (*Chicago medical review*, 5 décembre 1881, p. 345.) — Ch. E.

Recherches expérimentales sur l'action de l'acide salicylique sur les globules du sang, leurs mouvements amiboïdes et leurs migrations, par le docteur MITCHEL-PRUDDEN. — Ces expériences ont été faites sur la Rana clamitans, et ont été contrôlées sur le sang du chien et de l'homme au moyen de solutions d'acide salicylique dans l'eau salée, et titrées à 1 pour 300, 500, 1,000, 3,000, 4,000 ou 5,000.

Les solutions fortes (à 1 pour 500) ou même plus fortes, produisent la mort rapide des globules rouges ou blancs de la grenouille et des changements dans leur protoplasma. Les mouvements amiboïdes sont arrêtés, les globules se contractent et leur contenu devient granuleux. L'action de cette solution sur les globules sanguins de l'homme et du chien est de même nature, mais les modifications ne sont pas aussi apparentes qu'avec le sang de la grenouille.

Avec les solutions faibles de 1 à 4,000, les globules conservent pendant plus longtemps leur activité, et les changements morphologiques qu'ils présentent sont du même ordre qu'avec les solutions concentrées. Avec la solution à un quatre-millième, les leucocytes conservent leurs mouvements aussi longtemps que les solutions ne se concentrent pas par l'évaporation à l'air. Les globules rouges sont altérés par ces solutions comme par celles des acides acétique et chlorydrique. Les globules sanguins de l'homme et du chien perdent rapidement leurs mouvements amiboïdes par l'action de ces solutions diluées.

Sur le mésentère de grenouilles curarisées, on constate que la solution au cinq centième produit l'arrêt de la circulation capillaire. Cette stase sanguine s'observe encore, mais moins rapidement, avec les solutions de un à trois millièmes. Avec la solution à un quatre millième, la circulation persiste, et la migration des globules est plus lente, mais elle reprend son activité normale après l'élimination de l'acide.

On peut donc conclure de ces expériences que l'acide salicylique diminue les mouvements des globules, quand on fait usage de solutions faibles et les arrête complètement quand on emploie des solutions fortes.

Ces recherches complètent donc celles de Kolbe, de Cotton (*Lyon med.* 1877), de Tiersch (*Wolkmanns'Klin*, n° 84), de Béchamp (*Montpellier med.*, 1876). Ce dernier avait déjà démontré l'effet suspensif de l'acide salicylique sur les fonctions des micro-organismes vivants. (*The American Journ. of the med. sciences*, 1882, janv., p. 64.) — Ch. E.

Du bruit de souffle de l'artère pulmonaire, par le docteur NIXON (de Dublin). — Ce mémoire a pour objet de démontrer que ce bruit peut exister, sans posséder aucune signification pathologique spéciale, et que quand il existe, par une fausse interprétation de sa valeur, il peut devenir une cause d'erreur dans le diagnostic.

Si tous les auteurs sont d'accord pour en faire un bruit systolique, ils diffèrent d'opinion sur le siège de sa production. Pour le docteur Nixon, il aurait pour siège l'orifice tricuspidien et serait dû à l'effort du ventricule droit pour vaincre la résistance de la gêne circulatoire pulmonaire. Aussi on a pu l'observer dans des cas où les branches de l'artère pulmomaire étaient comprimées par des inflammations, par des cicatrices pulmonaires (Immermann, Da Costa, Bettelheim, Hayden), ou bien par des néoplasies.

Latham l'a signalé dans la tuberculose pulmonaire, les déformations rachitiques du thorax, et le docteur Dixon a pu le produire chez des sujets amaigris par la simple pression du stéthoscope.

L'auteur a observé ce bruit dans la convalescence de la fièvre typhoïde et du typhus, dans la dyspepsie gastrique, la myélite, le rhumatisme articulaire aigu, la méningite tuberculeuse, l'irritation spinale, la sclérose cérébro-spinale, la cirrhose.

Ce bruit a pour caractères d'être systolique, localisé vers le bord sternal dans le deuxième espace intercostal gauche. Son timbre est râpeux, ou doux dans quelque cas, son intensité variable et modifiée par les mouvements respiratoires. Il peut être entendu quand le malade est couché sur le dos et disparaître dans la station verticale.

On peut le confondre avec un frottement péricardique localisé, avec le bruit de l'artère sous-clavière gauche, et la variété du souffle mitral décrite par Naimyn et Balfour.

La cause de ce bruit est la variation de la pression exercée sur les parois des vaisseaux pulmonaires, et de l'étendue du champ respiratoire. Ce mécanisme réalisant les conditions assignées par Chauveau à la production des bruits de souffle est en désaccord, avec les théories de Richardson et de La Harpe. (*The Dublin journal of medical sciences*, septembre 1881.)

Ch. E.

FORMULAIRE

DE L'EMPLOI DU CATHÉTER CONTRE L'ŒSOPHAGISME. — BERNHEIM.

L'oxyde de zinc, la valériane, la belladone, l'asa fetida, le camphre, le musc, la jusquiame, a plupart en un mot des antispasmodiques, ont été essayés contre l'œsophagisme de nature nerveuse, et n'ont guère produit de résultats favorables. Gubler enregistre un succès dû au bromure de potassium, dans le cas de dysphagie spasmodique. Mais pour le docteur Mondière, la médication par excellence est le cathétérisme.

L'introduction de la soude seule suffit quelquefois pour résoudre le spasme; d'autres fois son contact prolongé modifie peu à peu l'excitabilité de la muqueuse, et la contracture diminue progressivement. Enfin, lorsque la coarctation résiste à la sonde œsophagienne, le cathéter à olives progressivement croissantes produisant une dilatation brusque ou graduée finit par triompher du spasme. — Mentionnons seulement pour mémoire, l'électrisation du cou, la cautérisation ponctuée de la même région, l'hydrothérapie générale et locale sous forme de douches, de pulvérisation projetée sur l'œsophage. — N. G.

TABLETTES BÉCHIQUES. — N. GUENEAU DE MUSSY.

Chlorate de potasse	0 gr 10 centigr.
Teinture saturée de benjoin	0 gr 10 centigr.
Alcoolature de racine d'aconit	0 gr 05 centigr.

Gomme adragante et sucre q. s. pour une tablette.

On en fait fondre dans la bouche 8 ou 10 dans les 24 heures, en laissant une 1/2 heure d'intervalle au moins entre chaque tablette, dans le cas de catarrhe aigu du pharynx et du larynx gargarismes émollients et plus tard résolutifs. — révulsifs sur la poitrine. — N. G.

COURRIER

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La Société de chirurgie reprendra le cours ses séances à partir de mercredi prochain, 4 octobre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Berger, agrégé.

M. Wurtz, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Henninger, agrégé.

M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1883; il est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire de physique.

M. Rendu, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Terrillon, agrégé, est chargé, pendant le 1er semestre de l'année 1882-1883, du cours auxilliaire de pathologie externe.

Sont chargés pendant l'année scolaire 1882-1883, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent:

Anatomie pathologique: M. Joffroy; *accouchements*: M. Charpentier; *physiologie*: M. Cadiat ; *chimie*: M. Hanriot; *histoire naturelle*: M. Bocquillon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Paul Bert, professeur de physiologie expérimentale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Dastres, docteur ès sciences.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Rocher, chargé du cours de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— On vient de placer à l'Institut les bustes de six académiciens parmi lesquels nous remarquons ceux de Dupuytren et du baron Larrey.

— Le Conseil municipal de Paris a voté la proposition de donner le nom de Littré et de Crevaux à deux rues nouvellement ouvertes dans les sixième et seizième arrondissements.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 3 octobre 1882. — L'Académie trouverait-elle que le flot monte, que les virus atténués nous envahissent, et que, dans la louable intention d'éteindre en nous le germe de tous les maux, ils menacent de faire de nous tous des milieux de culture où les microbes, grouillant pêle-mêle et se livrant à des croisements incestueux, finiront par détruire l'atome de santé qui nous reste?

M. Bouley, toujours entraîné dans la voie lumineuse que semble tracer M. Pasteur, avait parlé de la défiance avec laquelle les Arabes de nos possessions africaines accueillent la vaccination, et proposé, d'après des expériences récentes de M. Peuch, de tenter sur eux l'inoculation du virus variolique dilué. Mardi dernier, réponse presque indignée de M. Blot, qui ne veut pas que, sur l'autorité discutable de faits encore mal établis, on préconise la variolisation au détriment de la vaccine. C'est en faveur du virus jennérien, qui depuis si longtemps a fait ses preuves, qu'il faut faire de la propagande au milieu des Arabes ; nous devons les amener par la persuasion à une pratique dores et déjà reconnue excellente, et non les soumettre à une expérimentation illégitime.

M. Bouley porte aujourd'hui à la tribune les documents sur lesquels il s'est appuyé pour dire que les Arabes sont réfractaires à la vaccination, et que l'essai d'un procédé nouveau d'inoculation préventive pourrait leur être appliqué. Pour rendre justice à M. Bouley, nous devons chercher d'abord à dégager sa pensée, qui avait peine à se faire jour dans la confusion d'un débat passionné.

Il paraîtrait que la vaccine, aujourd'hui encore, est très difficilement admise par les Arabes, comme s'ils craignaient de voir le sang européen se mêler à leur sang et altérer la pureté de leur race. Au contraire, beaucoup d'entre eux accepteraient volontiers la variolisation, et celle-ci compterait dans le pays d'assez beaux succès. Or, qui ose le plus, dit l'orateur, peut oser le moins. Sur un Arabe consentant à la variolisation, et même la préférant, n'est-il pas permis d'essayer une variolisation affaiblie, avec le virus dilué ? C'est une expérimentation légitime, qui peut devenir intéressante pour l'histoire de la variole, et aussi pour la médecine générale. — Vous êtes trop pressé, dit M. Blot, d'essayer sur l'homme... — sur l'Arabe... sur l'Arabe consentant, et préférant... M. Bouley n'arrivait pas à faire entendre qu'il ne propose pas de choisir l'Arabe pour expérimenter *in animâ vili*, mais qu'il réduit toute la question aux termes suivants : étant donné qu'un homme refuse la vaccine et demande la variolisation, qui dans un certain pays est de pratique journalière, n'a-t-on pas là une occasion propice de tenter un mode d'inoculation plus inoffensif, sans nul doute, que le mode accepté ?

Mais, pour soutenir ce thème, il faut s'appuyer sur des documents d'une valeur absolue ; et malheureusement ceux qu'invoque M. Bouley ont paru contestables. Qui sait si la variolisation est en si grand honneur parmi les Arabes ? Leur préjugé contre la vaccine a beaucoup diminué, les réfractaires sont aujourd'hui l'exception et non la règle. Cela étant, les protestations de MM. Blot, Larrey et Maurice Perrin acquièrent une grande importance; il devient clair que jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'au jour où les expériences de M. Peuch auront donné des résultats positifs, où les virus atténués donneront à coup sûr les maladies éruptives sans éruption et sans danger, où enfin les espérances de M. Bouley seront devenues des réalités, il faut s'en tenir au vaccin et tout faire pour le propa-

ger au milieu d'une population dont la haine s'éteint, plutôt que de faire obstacle à un progrès assuré en faveur d'une méthode incertaine. Dans de telles conditions, en effet, on peut dire avec M. Blot que le consentement des intéressés ne suffit pas à la conscience médicale pour risquer des expériences.

La fin de la séance a été presque aussi passionnée que son début, et plus brillante encore. Elle le doit à M. Jules Rochard, qui est venu citer deux observations d'abcès du foie traités par la méthode des grandes incisions et des lavages antiseptiques à ciel ouvert sous le pansement listérien, méthode déjà préconisée, il y a quelque temps, à la même tribune par l'éminent académicien. Rien n'égale la précision de langage, la vigueur et en même temps la courtoisie avec laquelle M. Rochard a défendu, contre les revendications et les plaidoyers *pro domo suâ*, les procédés de la chirurgie moderne, ses constants efforts vers le progrès, ses triomphes vainement contestés. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'ÉRYSIPÈLE CURATEUR ET MODIFICATEUR,

Par M. H. DAUCHEZ, interne des hôpitaux.

L'érysipèle rentre-t-il dans le cadre des maladies infectieuses? La plupart des médecins le considèrent aujourd'hui comme tel, tous du moins ont été frappés du caractère de gravité que présentent certaines épidémies; mais l'*érysipèle infectieux lui-même* est loin d'avoir toujours la gravité que nous lui connaissons habituellement; bien plus, il vient parfois modifier très avantageusement la marche des affections torpides. Chercher à démontrer par l'exposé de faits assez nombreux l'existence d'un *érysipèle salutaire* différent *par ses résultats*, *mais non par sa nature*, de l'érysipèle, tel sera l'objet de ce travail. Ainsi, à côté de l'érysipèle qui tue le nouveau-né, qui décime les maternités des grandes villes, il en est un qui peut être appelé curatif, C'est là un fait déjà connu de longue date, que Devergie, Grisolle, Ricord, Champouillon, Desprès, Maurice Raynaud, Ed. Labbé avaient plus d'une fois observé. L'action salutaire de l'érysipèle semble s'exercer de préférence sur un certain nombre d'affections chroniques de la peau, toutes plus ou moins rebelles aux efforts de l'art. Les propriétés modificatrices de l'érysipèle sont surtout frappantes dans la cure du chancre phagédénique et du lupus si souvent incurable. Son heureuse influence se fait encore sentir sur quelques plaies anciennes, au nombre desquelles nous citerons certains ulcères de jambes, des phlegmons diffus avec suppuration péri-articulaire, quelques tumeurs bénignes du sein en voie d'ulcération, etc.

Mais avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, il nous semble utile de faire d'abord remarquer que cette action salutaire n'est autre que l'action substitutive d'une phlegmasie franche et suraiguë transformant sur place une inflammation chronique en une inflammation plus vive et plus facile à enrayer. Imiter dans une juste mesure l'action de la nature, tel est le but que se sont proposés certains médecins, en combattant pour les transformer par une médication très irritante, certaines lésions rebelles à tout traitement. Mais que faut-il entendre sous le nom de médication substitutive? Sans entrer dans de longs détails, nous répondrons que Trousseau réservait ce nom à l'usage des irritants appliqués directement à la cure des phlegmasies locales, qu'ils guérissaient en causant une inflammation analogue, inflammation thérapeutique se substituant à l'irritation primitive.

C'est ainsi que certains ophthalmologistes ont parfois osé utiliser le pus si virulent de la blennorrhagie pour la cure des granulations conjectivales du pannus. Le docteur Champouillon rapporte un fait curieux de bronchite chronique modifiée sur place, sinon guérie, par l'apparition providentielle d'un pemphigus ou d'un urticaire. Nous trouvons encore dans le même travail (*Recueil de médecine et de chirurgie militaires*, octobre 1869) l'observation d'un cas de varioloïde, survenu chez un

chasseur à pied, traité depuis fort longtemps à l'hôpital de Dunkerque pour un psoriasis des plus rebelles : la varioloïde balaya du coup le psoriasis qui ne reparut plus.

Mais c'est en dermatologie surtout que la médication substitutive trouva de fréquentes applications. C'est en provoquant une inflammation traumatique que les scarifications agissent sur le lupus; c'est en excitant vivement les follicules sébacées de la peau que les lotions sulfureuses ou le savon noir guérissent l'acné. C'est en enflammant la peau par les frictions avec l'huile de cade que l'on parvient à faire disparaître les démangeaisons si violentes du lichen et du prurigo.

Dès lors, quoi d'étonnant si l'érysipèle réveille la vitalité de la peau et si certains chirurgiens ont même cherché à provoquer l'érysipèle, dans des cas où toutes les autres médications avaient échoué. Nous citerons plus loin un fait fort curieux, noté par notre regretté maître, M. Maurice Raynaud, dans son article du dictionnaire (art. *Erysipèle*, p. 59, Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques). Voyons d'abord quelle peut être l'action de l'érysipèle sur le lupus. Devergie, qui était bon observateur, l'avait remarquée. En étudiant le lupus au point de vue de son pronostic, il dit, à la page 582 : « Un fait très important et sur lequel j'appelle toute l'attention, c'est le développement très commun d'érysipèle chez les individus affectés de lupus. Lorsqu'ils se montrent dans le cours du traitement, c'est la circonstance la plus favorable à la guérison; ils ont ordinairement peu d'intensité et se terminent à l'aide d'un éméto-cathartique. » Ils modifient si avantageusement la vitalité des tissus que, si l'on pouvait les faire naître accidentellement, on diminuerait de beaucoup la durée des traitements. A l'appui de cette opinion, nous citerons d'abord l'observation de la malade qui nous a suscité l'idée de ce travail.

OBS. I. (Personnelle). — *Erysipèle salutaire de la face. Guérison presque complète d'un vaste lupus de la joue gauche, de l'oreille et de la muqueuse des deux lèvres.*

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Guibout. — Adrienne W..., 25 ans, couturière. Entrée en décembre 1881, salle Henri IV, n° 62, pour un vaste lupus exedens de la face. Les deux joues sont atteintes; trois placards ronds, bourgeonnants, d'un rouge vineux, recouvrent la joue droite. Du côté gauche, les ulcérations sont beaucoup plus vastes, couvrent les deux lèvres supérieures et inférieures et la commissure de la bouche, gagnent la moitié de la joue, l'oreille gauche et le sillon qui sépare celle-ci de la région maxillaire.

La muqueuse et les parties malades circonvoisines sont très douloureuses, saignent facilement; la douleur était telle, au niveau des parties malades, que le pansement à la ouate fut longtemps le seul employé.

Pendant les mois de février, mars et avril, nous fîmes toutes les semaines, mais *inutilement*, deux séances de scarification. Plus tard, M. Guibout pratiqua quelques cautérisations au thermo-cautère qui n'eurent d'autre résultat que d'amener une légère poussée d'érysipèle accompagnée de malaises, de frissons et d'un peu de fièvre. Découragée par la longue durée de ce traitement, d'ailleurs assez douloureux, la malade nous quitta vers le 20 avril et revint seulement nous voir le 11 mai; cette fois, nous la trouvons presque complètement guérie. Il ne reste plus, de ces énormes pertes de substance que nous avions vues, qu'une très légère exulcération siégeant sur la partie moyenne de la joue. La malade nous raconte alors qu'au lendemain de sa sortie elle a été atteinte d'un violent érysipèle, qui, après avoir parcouru toute la face et avoir mis ses jours en danger, a spontanément guéri, faisant disparaître du même coup toutes les ulcérations dont la face était labourée.

Au moment où nous renvoyons la malade, nous constatons que la peau est encore violacée, épaissie, sensible, et que le lupus, sans être étouffé dans son germe, n'en a pas moins été profondément modifié par la phlegmasie cutanée.

Ce fait n'est pas isolé; nous pourrions invoquer ici le témoignage de M. le professeur Fournier qui, dans une de ses dernières leçons cliniques, citait un fait absolument analogue, tout en faisant observer, comme l'a judicieusement fait remarquer Grisolle, que l'érysipèle était loin d'exercer toujours cette modification salutaire (*Traité de path. interne*, tome I, page 554). Mais c'est surtout dans le phagédénisme du chancre que cette action curatrice se fait sentir.

Qu'on nous permette, à ce propos, de rappeler le fait vraiment original cité par le professeur Fournier. (Dict. de Jaccoud, tome XIV, page 85.)

Obs. II. — *Erysipèle salutaire dans un cas de chancre phagédénique.*

Ricord avait dans son service un malade chez lequel, depuis plus de deux ans, malgré tous les moyens employés, rien n'avait pu enrayer les progrès constants du phagédénisme. Il dit un jour à ses élèves : « Tâchez de procurer à ce malade un érysipèle. » On fit tout ce que l'on put pour le satisfaire. On alla chercher dans le fond de la pharmacie les pommades les plus rances que l'on put trouver, avec lesquelles on pansa la plaie, on y fit des cautérisations répétées; on y accumula de la charpie imbibée de pus putréfié. Tout y échoua et l'on dut y renoncer. Quelques mois plus tard, sous l'influence de la constitution médicale régnante, un érysipèle se déclara spontanément, et cet ulcère si rebelle guérit en quelques jours.

Le chirurgien du Midi considérait déjà cette action comme constante, et ses élèves lui entendaient souvent répéter cet aphorisme : « l'érysipèle est le spécifique du phagédénisme. » Nous avons trouvé dans ses leçons cliniques sur le chancre une observation que nous résumerons brièvement.

Obs. III. — *Bubon chancreux phagédénique à marche extensive depuis 8 ans. — Erysipèle curateur* (Buzenet, résumée).

J.-Z. B..., 46 ans, homme d'affaires, est entré vers la fin de l'année 1849, pour un vaste chancre développé à la face interne du prépuce; huit mois après, un bubon inguinal paraît à droite et ne tarde pas à s'ulcérer.

La plaie chancreuse, à peu près guérie au bout de six mois, se rouvre au mois de mars 1853. A dater de cette époque, elle s'étendit peu à peu, à tel point qu'au mois d'août 1856 elle recouvrait la hanche, la cuisse et le genou qu'elle dépassait.

Sur ces entrefaites paraît du 2 au 5 août de la même année un violent érysipèle qui envahit brusquement la place, lui fait perdre son aspect habituel, et détermine sur les bords de cette vaste perte de substance un commencement de cicatrisation qui bientôt transforma le bubon chancreux en une plaie simple.

Le 9 août, le genou était guéri, et peu après, le travail de cicatrisation, qui avait d'abord marché de la périphérie vers le centre avec une extrême rapidité, se ralentit, puis s'arrêta.

Au mois d'octobre 1869, M. le docteur Champouillon, alors médecin en chef de l'hôpital Saint-Martin, publiait un fait identique dans le Recueil de médecine et de chirurgie militaires.

Obs. IV. (Résumée.) — *Chancre phagédénique depuis cinq ans. Erysipèle salutaire. Guérison complète.*

N..., chasseur à pied, entre à l'hôpital de Nancy au mois d'octobre 1865, pour se faire traiter d'un chancre phagédénique qui avait en peu de temps dévoré les téguments, envahi la fosse iliaque droite, la fesse du même côté et enfin la cuisse sans que rien pût arrêter les progrès du mal.

Le 29 octobre, un érysipèle fort intense se déclare, qui parcourt toutes les régions malades, en provoquant des vomissements très violents que la morphine seule put parvenir à calmer. Mais en s'étendant, l'érysipèle modifia si heureusement l'ulcère phagédénique que, le 24 décembre, cet homme pouvait quitter l'hôpital (où il était entré *cinq ans auparavant*) parfaitement guéri.

L'année suivante, M. Desprès communiquait à l'Académie de médecine (*Bull. Acad. méd.*, 1870, p. 620) une observation que nous reproduisons ici sans commentaires.

Obs. V. — *Chancre phagédénique de la fesse guéri par un érysipèle provoqué salutaire.*

« Chez cette malade, de nouvelles ulcérations se reproduisaient incessammant au pourtour des bourgeons cicatriciels déjà effectués. Ceux-ci exerçaient par leur présence des tiraillements continuels qui déchirèrent et laissèrent béants les lymphatiques. Sous l'influence de diverses causes extérieures, parmi lesquelles le froid, un érysipèle se déclara qui guérit le chancre jusque-là resté stationnaire. »

Nous pourrions encore citer un grand nombre de faits analogues, mais ce soin nous paraît superflu, car les observations de ce genre diffèrent peu; nous allons donc, dans cette seconde partie de notre travail, nous efforcer de prouver que l'éry-

sipèle peut également modifier dans une certaine mesure tous les tissus, qu'ils soient déjà envahis par la phlogose ou que les lésions aient évolué avec lenteur et sans réaction.

Obs. VI, résumée. (Champouillon, *loco citato.*) — *Suppuration diffuse de l'articulation péronéo-tibiable avec épanchement séro-purulent; abcès circonvoisins et trajets fistuleux. Erysipèle salutaire. Guérison.*

Taillaud, 26 ans, soldat au 3e régiment de dragons, est entré au mois de février 1868 à l'hôpital de Nancy pour une carie de l'extrémité inférieure du fémur avec propagation de l'inflammation vers l'articulation.

Les jours suivants, il se développe autour de l'articulation des abcès circonvoisins au nombre de 25 environ, qui nécessitent une ponction sous-cutanée. Le malade déjà épuisé allait succomber, lorsque le 25 juin un érysipèle survient qui, après avoir violemment aggravé la situation du malade, fit tarir les abcès et les réduisit à deux petits trajets fistuleux qui permirent au malade de quitter l'hôpital sans qu'aucun épanchement articulaire reparût comme précédemment.

Il nous reste à faire connaître plusieurs faits signalés dans la science, faits dans lesquels l'action de l'érysipèle, quoique méconnue par les médecins qui les publièrent, paraît cependant avoir joué un rôle important. Dans la première de ces observations, nous sommes loin d'accepter les conclusions de l'auteur en ce qui concerne la nature de la tumeur guérie et encore moins en ce qui concerne l'action du suc gastrique. Le seul fait que nous tenons à faire ressortir (parce qu'il avait déjà été remarqué par M. Champouillon avant nous), c'est la disparition totale de cette tumeur après le passage de l'érysipèle.

Nous citons textuellement :

Obs. VII. (Personnelle.) — *Tumeur cancéreuse guérie* (sic) *par des applications de suc gastrique. Erysipèle fébrile aigu curateur. Guérison* (*Bulletin de thérapeutique*, mai 1869).

Une femme de 52 ans entre à l'hôpital de Lodi le 13 janvier 1868, dans le service de chirurgie du docteur Taussini pour une tumeur de la région temporale gauche dont l'origine remonte à 1864. Dure et indolore au début, elle s'accrut, devint sensible et s'ulcéra en saignant au moindre choc ou attouchement, au point de donner lieu à d'abondantes hémorrhagies.

A l'examen, cette femme est amaigrie et d'un aspect vieillot; sa peau est rude, rugueuse, terreuse. Réglée à 20 ans, elle cessa de l'être à 40 et fut sans cesse maladive et ménorrhéique. La tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, occupe toute la région temporale ulcérée à sa face interne avec écoulement d'un ichor exhalant l'*odeur spécifique* du cancer (?) Son immobilité fait soupçonner la dégénérescence de l'os sous-jacent. De faciles et abondantes hémorrhagies obligent de recourir aux astringents de toutes sortes pour les arrêter. Deux ganglions dégénérés, durs et gros comme une fève, s'observent au-devant de l'oreille correspondante et à l'angle maxillaire.

Après deux consultations des médecins et chirurgiens de l'hôpital sur l'opportunité de l'amputation, la crainte de rencontrer des adhérences avec le temporal et la dégénérescence des ganglions voisins, autant que l'éloignement de la malade pour cette opération, la firent repousser. Cette femme allait être congédiée, lorsque le célèbre physiologiste Lussana, étant venu dans le service le 4 février, suggéra l'application du suc gastrique sur la plaie comme propre à digérer et absorber cette tumeur. Le conseil fut accepté et M. Lussana fournit lui-même le suc gastrique provenant de la fistule stomacale d'un chien. Une première application eut lieu le 12 février sur toute la surface ulcérée, au moyen d'un pinceau, une légère ardeur s'ensuivit ainsi qu'une hémorrhagie qui nécessita l'application de charpie; enlevé le lendemain, ce pansement n'avait opéré aucun changement sensible. *Il fut renouvelé le 14 et le 16, mais le suc gastrique avait fusé en abondance, et il s'ensuivit aussitôt un érysipèle fébrile qui suivit son cours ordinaire. Le 21, la tumeur était réduite de moitié, le ganglion de l'oreille avait disparu et celui de l'angle maxillaire était abcédé.* Néanmoins une quatrième application fut faite et des phénomènes de gastricisme survinrent. L'abcès s'ouvrit le 24 et la *tumeur continua à diminuer de jour en jour*, tellement que le 1er mars, à la surprise de tous les témoins de cette expérience, elle était réduite à une plaie plane recouverte de granulations rosées sans trace des deux glandes existant au-dessous. Des cautérisations régularisèrent la plaie, et le 19 mars,

la malade quitta l'hôpital parfaitement débarrassée de sa tumeur et dans un état général très satisfaisant. (*Gazette medicale, Lombardia*, 20 février.)

Cette observation peut être contestée sur bien des points. La tumeur, appelée cancéreuse, semble plutôt réunir tous les caractères des tumeurs dites fongueuses. Enfin, l'expression de *gastricisme* nous paraît tout au moins originale. Mais il n'en est pas moins vrai qu'une tumeur ulcérée, rebelle à plusieurs moyens thérapeutiques des plus énergiques, a été détruite sur place par l'érysipèle. On pourra encore trouver, au dossier de l'érysipèle thérapeutique, quelques faits intéressants signalés en 1870 dans le *Lyon médical*.

Il nous paraît intéressant, avant de clore la liste des faits signalés plus haut, de citer en terminant une observation recueillie par le docteur Ed. Labbé et signalée par Maurice Raynaud (article *Erysipèle*, Dict. Jaccoud, page 59). Cette observation, malheureusement un peu écourtée dans la thèse d'Ed. Labbé (année 1858, page 35), n'en est pas moins intéressante à enregistrer.

OBS. VIII. — *Eléphantiasis de la jambe droite. Erysipèle accidentel. Guérison en six semaines.* (Service de M. Briquet. Salle Sainte-Marthe, n° 30.) Recueillie par le docteur Ed. Labbé. « Une femme, atteinte depuis deux ans d'un éléphantiasis énorme du membre inférieur droit, fut prise d'un érysipèle qui parcourut toute la région malade, depuis le pied jusqu'à la hanche, en suivant plusieurs périodes d'augment. Il s'arrêta pour récidiver et suivre la même marche, tout cela dans l'espace de quinze jours. A partir de ce moment, le membre diminua sensiblement de volume et lors de la sortie de la malade, environ six semaines après, il n'était guère plus volumineux que le membre inférieur gauche. A ce fait intéressant, M. le docteur Labbé ajoute cependant un correctif que nous croyons nécessaire de rappeler. « En revanche, j'ai vu (dit-il) un autre exemple d'éléphantiasis du scrotum compliqué d'érysipèle qui s'est terminé par la mort (service de Velpeau, salle Sainte-Vierge) en 1852. Toujours est-il que si l'érysipèle complique souvent l'éléphantiasis, il n'est pas plus rare dans les autres maladies cutanées chroniques et, suivant Lugol, son action curative sur elles et sur les scrofulides en général est incontestable. »

En terminant, il nous reste à signaler une lacune qu'il est regrettable de n'avoir pas encore pu combler : existerait-il, entre l'érysipèle salutaire et l'érysipèle grave, une différence de nature? Autrement dit, le microbe décrit par Orth en Allemagne et par Bouchard en France (bacterium punctum) existe-t-il dans les deux cas? Nous appelons l'attention des observateurs sur ce point intéressant d'épidémiologie que nous n'avons pas été à même d'élucider.

Il nous semble actuellement permis de résumer, ainsi qu'il suit, les conclusions à tirer de l'ensemble de ce travail :

1° L'érysipèle agit sur un grand nombre de tissus malades en les enflammant vivement et en réveillant, par cette action irritante et substitutive, la vitalité des tissus;

2° Il modifie favorablement certains ulcères et, en particulier, le chancre phagédénique et le lupus; il peut également détruire sur place certaines tumeurs fongueuses, tarir de vieilles suppurations et faire disparaître l'éléphantiasis;

3° Cette action salutaire est malheureusement assez rare, mais elle ne doit pas être méconnue des médecins, et dans les cas d'ulcères rebelles, scrofuleux et syphilitiques, devra être respectée.

MÉDECINE LÉGALE

MANOEUVRES ABORTIVES AU MOYEN DE L'ÉLECTRICITÉ.

A une époque où les usages de l'électricité sont de plus en plus multipliés, il n'est pas étonnant de la voir employer par des individus qui font plus ou moins profession de provoquer les avortements. Que cet agent soit entre leurs mains le moyen actif d'exercer ces coupables manœuvres, ou que les appareils électriques constituent seulement une mise en scène, destinée à frapper l'attention pendant la perpétration du crime, il n'en importe pas moins à

l'occasion, de savoir que l'électricité peut être mise en cause et donner lieu à des discussions médico-légales. Tel est le cas qui s'est présenté dernièrement devant la Cour du comté de Middlesex (Etats-Unis).

On sait avec quelle audace les pratiques abortives s'annoncent publiquement et s'exercent ouvertement aux Etats-Unis. Nous ne reviendrons pas sur les détails de mœurs qui ont été relatés dans les articles si pittoresques d'un de nos confrères de l'Armée, dans les feuilletons de l'UNION MÉDICALE de 1876. Ces récits sont encore, en 1882, l'expression de la vérité. Mais laissons aux criminalistes compétents et aux moralistes le soin de traiter cette question légale et sociale, et passons au fait actuel.

Le 5 octobre 1881, le docteur Forster Buch était appelé auprès d'une femme atteinte de péritonite puerpérale. Elle prétendait ne pas avoir été réglée pendant deux mois et avoir perdu dernièrement des caillots sanguins. Depuis trois jours, l'écoulement séro-sanguinolent s'était arrêté et les douleurs augmentaient d'intensité. Le lendemain, le docteur Richardson confirmait le diagnostic du docteur Buch. Elle déclarait alors que, le 22 septembre 1881, étant allée trouver un sieur Fenno, demeurant a Somerville, celui-ci, moyennant dix dollars, lui avait pratiqué l'opération. Le 26 septembre, il avait renouvelé cette opération, qui consistait dans l'application d'une éponge sur l'épigastre et d'une tige metallique dans le vagin. De plus il avait fait une injection utérine et administré un breuvage aromatique.

L'autopsie fut pratiquée en présence du docteur Buch par le docteur Draper, médecin-légiste du comté de Suffolk.

La muqueuse du vagin présentait des plaies, le col de l'utérus était béant. Dans son orifice entr'ouvert, on faisait facilement pénétrer l'extrémité du petit doigt. D'autres plaies existaient sur les parois antérieure et postérieure du canal utérin, et la cavité de cet organe était augmentée de volume. Les trompes contenaient du pus et le péritoine était couvert de produits inflammatoires.

Une perquisition au domicile de l'inculpé amena la saisie d'excitateurs dont la forme correspondait à celle des instruments désignés par la malade. De plus, le ministère public put sans difficulté établir les circonstances qui avaient précédé ou accompagné l'avortement.

La discussion des experts porta principalement sur le rôle actif que l'électricité pouvait jouer dans la perpétration d'un tel crime. Les docteurs Buch et Richardson déclarèrent qu'à leur avis, si un courant constant produisait des lésions destructives analogues à celles qu'on avait constatées dans l'autopsie, il n'était pas certain qu'un courant interrompu possédât les mêmes propriétés.

Un autre expert, le docteur Webber, affirma que l'électrode négatif d'un courant galvanique donnait de tels effets électrolytiques. Mais, disait-il, un courant volta-faradique a pu produire ces lésions, sans cependant que le fait soit absolument démontré. En tout cas, en dehors de toute action de ce genre, il lui paraissait vraisemblable qu'un tel courant pt provoquer l'avortement.

Le journal auquel nous empruntons ces détails (*The Boston med. and surg. Journal*, 31 août 1882) raconte qu'un constructeur d'appareils électriques, M. Hall, fut cité par la défense. A son avis, un courant aussi faible que celui dont on avait fait usage était impuissant à produire des cautérisations et des plaies. L'inculpé invoqua un alibi et avoua que depuis vingt-cinq ans qu'il exerçait la profession d'électropathe, il avait l'habitude d'administrer l'électricité sous forme de bains contre la dysménorrhée ou les suppressions menstruelles *a frigore*, sans avoir jamais provoqué l'avortement.

Néanmoins, il fut reconnu coupable. Le verdict était juste, car les circonstances le condamnaient et ne laissaient guère de place au doute. Mais au point de vue médico-légal, en dehors de tout effet électrolytique, on peut se demander si la faradisation de l'utérus pendant la grossesse est toujours exempte de danger. Cette question mérite d'être étudiée et signalée.

C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1882. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend un rapport de M. Fichot, médecin à Nevers, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Lucenay-les-Aix, dans les premiers jours du mois de juin.

— S. G. Mylord le duc de Devonshire adresse à l'Académie le catalogue de sa bibliothèque, 4 volumes in-8°.

M. le Président annonce la mort de M. Morin, membre correspondant pour la section de physique et de chimie, décédé à Rouen, à l'âge de 87 ans. M. Morin, membre correspondant de l'Académie depuis 1825, avait été professeur de chimie à l'École de médecine de Rouen.

—

M. Brouardel présente, au nom de MM. H. Napias et Martin, secrétaires de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, un volume intitulé : *L'étude et les progrès de l'hygiène en France.* (Com. du prix Vernois.)

M. Proust, en son nom et au nom de M. Chalvet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, présente une brochure publiée en 1870 et intitulée : *Projet de création d'une ferme-nourrice pour un certain nombre d'enfants.* Cette présentation est faite à l'occasion de la dernière communication de M. Tarnier.

M. Jules Guérin : Il y a vingt ans que cette question est à l'ordre du jour et qu'elle a été résolue par l'expérience.

—

M. Bouley, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, croit devoir répondre quelques mots aux objections faites par M. Blot à la proposition qu'il a émise de tenter en Afrique, sur les Arabes, des essais d'inoculation de virus varioleux atténué.

M. Bouley rappelle qu'il a cru devoir faire cette proposition dans le but de résoudre une question des plus importantes, celle de savoir s'il était possible de donner naissance, chez l'homme, par les inoculations sous-cutanées, à la variole sans éruption.

Il a proposé de faire ces expériences en Afrique, sur les Arabes, parce que ces populations sont réfractaires à la vaccine, par suite de préjugés de caste et de religion, qui leur inspirent une répugnance invincible à se laisser inoculer le sang impur d'un giaour. M. Blot a objecté que ces préjugés avaient beaucoup diminué en Afrique et que la vaccination y gagnait de plus en plus de terrain. Or, il résulte de nombreux documents parmi lesquels M. Bouley cite des passages de médecins militaires ayant observé en Algérie (MM. Delamothe, Bertherand, etc.), que ce préjugé est toujours vivace parmi les indigènes de l'Algérie, et que le seul mode d'inoculation que les Arabes consentent à subir est l'inoculation du virus varioleux. L'Arabe répugne absolument à la vaccination et d'ailleurs, dans ce pays, le vaccin subit sous l'influence de la chaleur des altérations qui le rendent absolument stérile. Il est donc préférable, d'après ces Messieurs, de recourir à la méthode de la variolisation, l'inoculation de la variole n'étant, chez les Arabes, pas plus grave que celle du vaccin.

Il a semblé à M. Bouley que puisque l'Arabe consent à ce qu'on lui inocule le virus varioleux et ne consent même qu'à ce mode d'inoculation, il serait logique de substituer à l'inoculation du virus pur, celle du virus atténué, dilué, dans le but de diminuer les chances d'accidents, et d'essayer d'obtenir, s'il est possible, la variole ou, pour mieux dire, la fièvre varioleuse et l'immunité sans l'éruption, comme M. Peuch paraît avoir obtenu, par l'inoculation du virus dilué de la clavelée, la fièvre et l'immunité sans les accidents locaux de la maladie. Peut-être arriverait-on ainsi, en supprimant les manifestations locales de l'inoculation varioleuse, à rendre la maladie non transmissible par voie d'infection. Il est donc logique, suivant M. Bouley, d'inviter les médecins militaires de notre armée d'Afrique, à tenter sur les Arabes les expériences d'injection sous-cutanée de virus varioleux dilué. Ils peuvent le faire en toute sécurité de conscience.

M. Bouley profite de sa présence à la tribune pour présenter un travail manuscrit, relatif à des expériences suivies de succès, d'inoculation préventive du virus de la pneumonie contagieuse par les injections intra-veineuses. Il doit faire ultérieurement sur ce sujet une communication spéciale.

M. Blot répond à M. Bouley que les documents qu'il a communiqués à la tribune de l'Académie sont loin d'entraîner sa conviction. Il considère toujours comme un acte imprudent d'engager nos confrères de l'armée d'Afrique à faire sur les Arabes des essais d'inoculation de virus varioleux atténué. Il ne faut pas semer ainsi sur la terre d'Afrique le virus varioleux atténué ou non. On ne peut pas savoir d'avance ce que peuvent produire de pareilles inoculations et si l'on parviendra ainsi à obtenir des varioles sans éruption. C'est là, quant à présent, de l'imagination pure.

De ce que l'Arabe consent à ce mode d'inoculation, ce n'est pas une raison pour engager nos médecins militaires à le mettre en pratique.

D'ailleurs, encore une fois, les nombreux documents envoyés à l'Académie par ces médecins, démontrent que la répugnance des Arabes pour la vaccination diminue de plus en plus ; c'est par trentaine de mille que nos confrères de l'armée d'Afrique vaccinent les indigènes de ce pays. Il y a donc lieu de rejeter toute tentative faite sur l'homme, Arabe ou non, d'inoculation du virus varioleux, même dilué. De ce que la médecine vétérinaire n'a pu encore

trouver le vaccin de la clavelée, ce n'est pas une raison pour fouler aux pieds le vaccin de la variole que l'espèce humaine a le bonheur de posséder. Il faut, au contraire, chercher à le propager chez les Arabes comme chez les autres hommes.

M. BOULEY déclare encore une fois qu'il n'a pas voulu ériger en méthode générale l'inoculotion du virus varioleux atténué; il n'a proposé ce mode d'inoculation que chez les Arabes qui ne veulent pas se laisser vacciner et qui préfèrent à la vaccination l'inoculation du virus varioleux pur. Ne serait-ce pas un bien que de substituer au virus varioleux pur le virus dilué? Voilà la question telle que M. Bouley l'a posée et dont il regrette que M. Blot s'écarte avec persistance.

M. Jules GUÉRIN dit qu'il s'associe complètement aux observations présentées par M. Blot, contre la proposition de M. Bouley. Pour lui, ce que demande M. Bouley n'est rien de moins que l'inoculation de la variole, et pareille chose ne doit pas être tentée chez l'homme, même chez les Arabes qui sont des hommes comme les autres.

Les expériences d'inoculation de la clavelée sur lesquelles s'appuie M. Bouley ne sont pas concluantes. Quant à l'inoculation du virus dilué, elle n'a pas tenu ce qu'elle promettait.

M. LARREY dit que pendant de longues années les Arabes ont, en effet, manifesté une répugnance invincible à se laisser vacciner; mais aujourd'hui les choses ont beaucoup changé et les vaccinations se font sur une bien plus grande échelle qu'autrefois. M. Larrey croit donc devoir s'élever avec énergie contre l'introduction de la méthode proposée par M. Bouley.

M. Maurice PERRIN joint sa protestation à celle de M. Larrey : Il serait inhumain de faire de semblables essais sur les Arabes; d'ailleurs ceux-ci seraient tout aussi réfractaires à l'inoculation du virus varioleux atténué qu'à celle de la vaccine. Ce qu'ils repoussent, c'est l'inoculation d'un sang qui ne soit pas celui des individus de leur race. D'ailleurs cette répugnance, comme on l'a dit, va s'affaiblissant de plus en plus et la vaccine gagne lentement du terrain grâce à Dieu et au zèle déployé par les médecins militaires. Dans les trois provinces algériennes, la proportion des Arabes qui se laissent vacciner augmente de plus en plus; nos médecins vont seuls, et sans escorte, à travers les villages, portant partout sans obstacle les bienfaits de la vaccination.

Si l'on doit faire des essais d'inoculation du virus varioleux atténué, M. Maurice Perrin demande que ces essais aient lieu en France, à Paris, et non en Algérie.

M. BOULEY : Je m'en réfère aux documents qui nous viendront d'Afrique sur cette question.

M. Jules ROCHARD rappelle que nous avons eu en Cochinchine les mêmes difficultés, pour l'introduction et la propagation de la vaccine, qu'en Algérie. Cependant, grâce à la conviction et à la persévérance de nos médecins de la marine, ces difficultés ont été vaincues, si bien que c'est, aujourd'hui, par centaines de mille que l'on compte les Annamites auxquels ont été procurés les bienfaits de la préservation vaccinale.

—

M. Jules ROCHARD fait une nouvelle communication sur le traitement des abcès du foie par une méthode mise en pratique par les médecins de Shang-Haï. Cette méthode qu'il a déjà fait connaître dans une première communication à l'Académie, le 26 octobre 1880, consiste à ouvrir les abcès largement et d'un coup, après une ponction exploratrice préalable, et en se servant de l'aiguille aspiratrice comme d'un conducteur, puis à mettre en usage le pansement de Lister (injections phéniquées, drain volumineux, cuirasse antiseptique). Ce traitement a produit des résultats surprenants entre les mains du docteur Little, de Shang-Haï.

Depuis cette époque, M. Rochard a reçu de nombreuses communications qui ont affermi sa confiance dans ce mode de traitement. Il lui a été adressé en particulier, par des médecins de la marine, deux observations qui lui paraissent des plus concluantes, l'une par M. le docteur Lolland, médecin de première classe de la marine, l'autre par M. le docteur Bernard (de Cannes), ancien médecin de la marine.

Dans les deux cas, le succès a été complet, bien que les malades parussent être dans un état désespéré avant l'opération. Dans le cas de M. Bernard, de Cannes, l'idée de l'opération qui a sauvé la malade a été suggérée à ce chirurgien par la communication faite par M. Jules Rochard à la tribune de l'Académie, en 1880.

M. Jules GUÉRIN rappelle que, lors de la première communication de M. Rochard, il présenta un malade qu'il avait guéri d'un abcès du foie par une opération d'après sa méthode sous-cutanée. Ce malade ne présentait rien autre chose, au niveau de l'ancienne plaie, qu'une simple cicatrice, et cependant la ponction n'avait pas été faite par un trocart filiforme, mais par un trocart assez volumineux pour permettre l'évacuation de tout le contenu de la poche

purulente. Ce résultat est obtenu sans les larges incisions dont parle M. Rochard. Le procédé de M. Jules Guérin permet d'ailleurs le lavage complet de la poche à l'aide d'une irrigation au moyen d'un courant d'eau phéniquée appelée dans le kyste au moyen d'un appareil aspirateur, qui réalise véritable menttous les avantages de la méthode aspiratrice. On a ainsi tous les bénéfices de la méthode antiseptique, sans être obligé de faire une plaie large et en ne laissant après l'opération qu'une cicatrice insignifiante.

M. Jules ROCHARD pense que l'évacuation de l'abcès est mieux réalisée par les larges incisions que par la ponction sous-cutanée. Le pansement de Lister permet de faire sans danger ces larges incisions.

—

M. le docteur AUBERT (de Lyon) donne lecture d'un travail intitulé : *De l'absorption des principes dissous dans l'eau par la peau.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Alfred Fournier.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq minutes.

JOURNAL DES JOURNAUX

Un cas de mort à la suite de l'anesthésie par l'éther. — Femme de 50 ans opérée d'un polype utérin. Constitution très affaiblie, présentant une lésion mitrale. L'opération (par l'écraseur) dura une heure vingt-cinq minutes; l'éther fut loin d'être administré sans discontinuité; et, vers la fin de l'opération, les quantités absorbées furent presque insignifiantes. Néanmoins, cinq minutes après que le chirurgien eut terminé, la patiente, dont les extrémités étaient froides depuis quelque temps, cessa soudain de respirer pendant que le pouls carotidien conservait toute sa force. On pratiqua la respiration artificielle, la galvanisation, le renversement de la tête, qui ne fut pas prolongé parce qu'un flot de sang s'échappa par la bouche. On fit respirer le nitrite d'amyle; 3 gouttes d'une solution au centième de nitroglycérine. La mort était irrévocable. Il y aurait eu syncope primitive (?) sans asphyxie, suite du *shock*. Pas d'examen nécroscopique (*The Lancet*, 27 mai 1882).

L'atrophie puerpérale de l'utérus, par FROMMEL. — Cette dégradation organique se rencontre à la suite de couches même heureuses, chez des femmes tuberculeuses ou à nutrition très défectueuse. Simpson et Chiari out déjà observé le fait. Sur 3,000 malades, Schröder en a observé 29 cas. En dehors d'une aménorrhée absolue, il existe généralement des symptômes hystériques. L'utérus est atrophié dans sa totalité, ne mesurant plus que 5 à 5 centimètres 5 de longueur ; il est souvent en rétroflexion. Les ovaires ont également subi l'atrophie. La lactation joue un rôle prépondérant dans l'étiologie. Le pronostic est grave, eu égard à l'état général et au retour de la fonction. On doit viser à relever la constitution et surveiller, surtout chez les nourrices, l'état des organes génitaux. (*Zeitschr. f. Gebürts.*, etc., n° 2, 1882.)

La fièvre typhoïde en Chine, par Alexander JAMRISON. — Il y a quelques années, on niait absolument que la fièvre typhoïde put sévir en Chine sur les étrangers. Un examen plus attentif conduit à poser aujourd'hui ce diagnostic, dans nombre de cas qu'on avait jusqu'alors rapportés à la malaria. En principe, pour l'auteur, toute fièvre rémittente durant plus de huit jours, et ne cédant pas aux antipériodiques, est une fièvre typhoïde. Dans ces circonstances, la quinine, surtout au début, est non-seulement contre-indiquée, mais nuisible.

La physionomie de la maladie est, à vrai dire, modifiée : on n'observe pas, pour ainsi dire, la diarrhée, les taches rosées, la douleur de la fosse iliaque. Mais le tympanisme est généralement accusé et la faiblesse générale ne s'explique pas toujours par l'intensité de la fièvre. Pendant le cours de la troisième semaine, la rémittence est très accusée. (*Medical Times and Gazette*, 8 juillet 1882.)

De la perte de poids qui suit les accès épileptiques, par Ch. BEÉVOR. — Howalewsky a prétendu qu'à la suite des accès d'épilepsie on pouvait observer une diminution de poids, de 1 à 12 livres. Beevor a fait un certain nombre d'observations qui contredisent cette assertion. 25 fois, il n'a observé aucune différence entre le poids avant et après l'attaque; 1 fois, il y eut une légère augmentation, mais le malade avait mangé dans l'intervalle des deux pesées. Les accès d'hystéro-épilepsie ont donné les mêmes résultats négatifs. Lehmann, de Strasbourg, a fait les mêmes constatations contradictoires de l'assertion de Howalewsky. (*The British medical journal*, 8 juillet 1882.)

Mort subite dans un cas d'ulcère rond de l'estomac, par suite de la pénétration de l'air dans les vaisseaux, par Th. JÜRGENSEN. — L'auteur a rencontré en peu de temps deux cas

de cette nature, qui lui ont fourni l'occasion de rechercher expérimentalement les causes de la mort par pénétration de l'air dans les vaisseaux. Les résultats de ces recherches ne sont pas encore définitivement établis, et doivent nécessiter une nouvelle publication. Voici un des faits remarquables auxquels il fait allusion :

Femme de 49 ans, chlorotique dans son enfance, plus tard ayant fréquemment souffert de l'estomac ; c'est en 1870 qu'apparurent les premiers vomissements de sang et les selles sanglantes. La santé générale en resta altérée, et, deux fois par an environ, ces accidents se reproduisaient. Elle entra une première fois à l'hôpital, en 1876. Le lendemain même de son entrée, des vomissements de sang abondants étaient suivis de signes d'anémie profonde. Nouvelle hématémèse quelques mois plus tard. La malade sortait cependant, et rentrait en novembre 1880. Les hématémèses avaient redoublé dans les derniers temps, de même que les selles sanglantes. La peau était mate, les muqueuses pâles, la faiblesse grande. La région épigastrique, douloureuse à la pression, est également le siège de douleurs spontanées, par crises, et irradiant dans les reins, tout l'abdomen, moins les extrémités inférieures. On sentait une assez grande résistance en cet endroit, sans qu'il fût possible cependant d'y limiter une tumeur. A la suite d'hématémèses répétées, la malade en était arrivée, au bout de quelques jours, au dernier degré de la cachexie ; elle mourait subitement le 21 novembre, présentant un gonflement insolite du côté droit du cou.

A l'autopsie, on trouvait un ulcère de l'estomac, de 6 à 7 centimètres de diamètre, sur sa paroi postérieure, contre la colonne vertébrale ; le pancréas, le duodénum, le rein gauche, kystique, adhéraient à l'ulcère, à la surface duquel une assez grosse veine, probablement la veine splénique, était ouverte longitudinalement sur près de 1 centimètre de longueur. La cavité stomacale renfermait de volumineux caillots. Les veines du foie et de la rate sont remplies d'air ; ces organes, d'ailleurs sains et sans trace de putréfaction (l'emphysème de la putréfaction étant décelé par un anneau plus foncé autour des vaisseaux) ; de l'air également dans les vaisseaux de l'estomac, dans les jugulaires distendues par le gaz, dans le péricarde, dans les cavités du cœur, le tissu cardiaque sous-séreux, dans les vaisseaux pulmonaires ; emphysème sous-pleural ; poumons exsangues. Gaz encore dans la cavité péritonéale de l'intestin. (*Deutsches Arch. f. klin. med.*, p. 441. — Août 1882.)

R. Longuet.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 22 au 28 septembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 941. — Fièvre typhoïde, 57. — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 19. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 45. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchites aiguës, 19. — Pneumonie, 38. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 73 ; au sein et mixte, 41 ; inconnus, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76 ; circulatoire, 61 ; respiratoire, 65 ; digestif, 45 ; génito-urinaire, 19 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 39e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,218 naissances et 941 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,006, 934, 991, 932. Le chiffre de 941 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Diphthérie (19 décès au lieu de 40 pendant la 38e semaine), la Variole (3 au lieu de 6), la Rougeole (6 au lieu de 8), la Coqueluche (1 au lieu de 4).

Il y a eu plus de décès par la Fièvre typhoïde (57 au lieu de 53) et par Érysipèle (5 au lieu de 2).

Les décès par Infection puerpérale (5) ont atteint le même chiffre que pendant la précédente semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fèvre typhoïde (213 malades reçus du 18 au 24 septembre au lieu de 233 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (29 au ieu de 34). Il y a eu 14 maladas admis pour cause de Variole ; le même nombre avait été elaté dans le dernier bulletin.

Résumé de la situation sanitaire pendant le 3e trimestre.

Nous donnons ci-après le total des nombres de naissances et de décès relevés dans les bulletins des 13 semaines (27 à 39) qui correspondent au 3e trimestre des années 1881 et 1882.

La comparaison est à l'avantage de l'année 1882, qui a fourni, durant cette période, plus de naissances et moins de décès que l'année précédente.

3e trimestre	1881	naissances	13,393	décès	13,604
3e —	1882	—	15,515	—	12,609

Au point de vue des principales affections épidémiques, la comparaison entre les deux années, pour ce même trimestre, donne les résultats suivants:

	Fièvre typhoïde.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphthérie.	Fièvre puerpérale.
3e trimestre 1881	477	221	223	162	523	71
3e — 1882	738	120	175	40	433	70

On voit qu'à l'exception de la Fièvre typhoïde, les maladies infectieuses ont fait, en 1882, un moins grand nombre de victimes. Les différences sont surtout sensibles pour la Scarlatine et pour la Variole, mais il convient aussi de noter la diminution du nombre des décès diphtéritiques, qui est venue interrompre une progression toujours croissante depuis plusieurs années.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (année 1882-83). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 16 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique* : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis.

2° *Physiologie* : M. le docteur Quénu, prosecteur, les mercredis et samedis.

3° *Anatomie descriptive* : M. le docteur Le Bec, prosecteur, les mardis et jeudis.

4° *Histologie* : M. A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à 2 heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

MALADIES CONTAGIEUSES. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante, en date du 25 septembre :

« Monsieur le Recteur, le délai pendant lequel un élève atteint de maladie contagieuse doit être tenu éloigné de ses camarades n'a pas été déterminé jusqu'ici d'une manière précise, et bien souvent des enfants ont pu reprendre leurs études avant que les traces de l'affection et la possibilité de la contagion eussent complètement disparu. D'nn autre côté, les précautions les plus nécessaires sont quelquefois négligées, faute d'instructions suffisamment nettes. Il y a là une source de dangers pour la salubrité et l'hygiène des établissements; il était, par suite, indispensable d'arrêter sur ces différents points des règles assurant aux familles toutes les garanties qu'elles sont en droit d'exiger.

« J'ai cru devoir soumettre cette importante question à l'Académie de médecine, et cette hante Assemblée, dans sa séance du 18 juillet 1882, a adopté à ce sujet les conclusions d'un rapport dont je vous transmets ci-joint un exemplaire (1). Je n'ai pas besoin d'insister auprès de vous, monsieur le Recteur, sur l'utilité des instructions contenues dans ce rapport, et je compte sur votre sollicitude particulière pour en assurer l'exécution dans les établissements de votre ressort. Vous voudrez bien d'ailleurs faire parvenir un exemplaire de la présente circulaire et du rapport y annexé à chacun de MM. les inspecteurs d'académie, proviseurs, principaux et directeurs ou directrices d'écoles normales. »

(1) Voir l'*Union médicale* du 20 juillet 1882.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

AFFECTION CONGÉNITALE DU COEUR.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — COMMUNICATION ENTRE LES DEUX CŒURS PAR LE SEPTUM INTERVENTRICULAIRE. — INSUFFISANCE DE L'ORIFICE TRICUSPIDE. — CYANOSE. — TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE. — EXAMEN HISTOLOGIQUE DU CŒUR. — PATHOGÉNIE.

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 7 juillet 1882,

Par M. CADET DE GASSICOURT, médecin de l'hôpital Trousseau.

Messieurs,

Dans la séance du 13 janvier dernier, M. Duguet vous présentait un cœur atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire. En analysant rapidement son ob servation, il vous disait que le rétrécissement était évidemment acquis, et non congénital, puisque le tronc de l'artère n'était pas rétréci, et que les valvules sigmoïdes étaient altérées. Je pris la parole pour rectifier ce que l'assertion de notre collègue avait, selon moi, de trop absolu, et pour affirmer que les valvules sigmoïdes peuvent être gravement atteintes, même dans les maladies congénitales.

Ce point, en effet, me semblait mis hors de doute par plusieurs observateurs, et une autopsie faite la veille me paraissait en être une preuve nouvelle. Je vous promettais alors de vous communiquer cette observation ; je m'acquitte aujourd'hui de ma promesse.

Seulement, le fait est loin d'être aussi net que je le pensais, lorsque je vous en ai parlé, il y a six mois; des examens micrographiques répétés m'ont causé quelque déception, et le récit que je vais faire, loin d'infirmer, comme je le croyais, l'opinion de mon collègue, M. Duguet, va au contraire fournir des armes à

FEUILLETON

CAUSERIES

Aurons-nous le choléra l'été prochain, en supposant toutefois qu'il prenne encore ce délai pour compléter son installation en Europe ? Il faut nous y attendre, et je puis dès aujourd'hui placer là-dessus quelques-uns de nos meilleurs clichés, en le qualifiant par avance d'hôte désagréable, de visiteur néfaste, etc. Les évènements se sont arrangés au mieux pour lui ouvrir et lui faciliter les routes qui nous l'ont toujours amené. En temps ordinaire, c'est le flux et le reflux des populations musulmanes, à l'occasion du pèlerinage de la Mecque, qui servent de véhicule au grand fléau indien (autre cliché). Cette année-ci, les Anglais ont pris soin d'organiser en Egypte une autre sorte de pèlerinage et le choléra, trouvant à sa portée des voyageurs de si bonne compagnie, s'est mis de la caravane.

On lui a fait la partie belle, et si réellement une épidémie cholérique doit éclater dans quelques mois, il faut que l'on sache et que l'on dise sur qui en retombera la responsabilité. Le sans-gêne affecté par les Anglais, à l'égard des mesures de prophylaxie convenues entre toutes les nations, ne trouve point d'excuse dans les nécessités de la guerre. C'est au contraire une loi en épidémiologie, que les guerres sont un des cas où il faut précisément redoubler de précautions et de vigilance; rarement, d'ailleurs, le danger se sera dénoncé aussi clairement, et la lutte se sera offerte aussi facile que dans le cas spécial du choléra indo-égyptien. Mais il est plus commode de traiter de ridicules les quarantaines qui sont évidemment une gêne considérable en bien des circonstances. Le même argument peut s'appliquer

mon adversaire d'un jour. C'est un inconvénient auquel on se trouve parfois exposé, lorsqu'on est de bonne foi.

Au reste, l'intérêt de ma communication n'en est pas diminué; les observations de maladies congénitales du cœur suivies d'autopsie ne sont pas fort communes, et aucune occasion ne doit être négligée d'accroître à ce point de vue notre avoir scientifique. Vous savez quelles obscurités enveloppent l'histoire de ces maladies, combien de questions nosologiques et cliniques peuvent être agitées à leur sujet, quelles sont parfois les difficultés d'un diagnostic précis, quels embarras peut rencontrer l'interprétation rationnelle des phénomènes morbides. Ce n'est qu'en publiant tous les faits sérieusement étudiés que nous pourrons un jour triompher de ces obstacles, surtout si nous prenons soin de signaler les points obscurs sur lesquels nous nous efforçons de porter la lumière.

Ici, par exemple, l'examen du malade, fait avec méthode et plusieurs fois renouvelé, m'a permis de poser un diagnostic complet. Tous les cas ne sont pas évidemment aussi favorables. Il importe donc de ne négliger aucun des détails d'examen qui pourraient guider les observateurs dans des circonstances plus difficiles. C'est la partie clinique, à laquelle je m'attacherai d'abord.

Les questions d'anatomie pathologique et de pathogénie viendront ensuite; toutes deux sont connexes. Nous pourrons juger alors l'hypothèse de Chevers sur la dilatation des vaisseaux capillaires dans la cyanose; nous pourrons aussi, chose plus capitale, apporter des éléments nouveaux à la discussion sans cesse renaissante, jamais résolue, de l'endocardite ou de l'arrêt de développement comme origine des malformations congénitales du cœur.

Le petit garçon qui fait l'objet de cette observation est entré dans mon service, à l'hôpital Trousseau, le 11 novembre 1881. Il avait près de deux ans, mais il était si maigre, si chétif, si misérable, qu'il paraissait avoir à peine seize à dix-huit mois.

Le père et la mère étaient deux rhumatisants, chez lesquels la diathèse avait acquis un haut degré de développement : tous deux étaient atteints d'affection cardiaque. Seulement l'affection cardiaque du père était moins avancée que celle de la mère; celle-ci était arrivée à la période cachectique, et je jugeai, par le récit qui m'était fait, qu'elle ne tarderait pas à succomber. L'hérédité ici paraît flagrante. Nous verrons plus tard si le rhumatisme est la cause incontestable de cette affection congénitale du cœur.

---

aussi à beaucoup d'autres choses non moins gênantes. Ainsi, tout amateur du bien d'autrui qui s'entendrait condamner, à la correctionnelle, à quelque quarantaine de six mois, dans un lazaret bien gardé, pourrait arguer de la même exception, en disant : « Mon Dieu, mon pré« sident, vous venez de prendre là une mesure bien ridicule, et qui va entraver mon com« merce d'une manière fâcheuse. »

Je souhaite de tout mon cœur que semblable prédiction ne se réalise pas, et que les justes alarmes issues des évènements sanitaires de la mer Rouge, restent à l'état de menace. La science a fait son devoir, et les différents conseils ou agents sanitaires, qui fonctionnent dans ces parages, ont fait tout le nécessaire pour ouvrir les yeux aux intéressés. Le Conseil d'Alexandrie a d'autant plus de mérite à avoir continué ses séances, que le bombardement avait dû lui rendre difficile le choix d'un local clos et couvert.

Il est encore temps d'aviser et de bien faire, et nous avons la certitude que nos confrères, qui veillent aux portes de l'Orient, seront toujours sur la brèche pour signaler, à qui de droit, les moindres approches de l'ennemi. Espérons donc encore que la grande préoccupation des Anglais, de sauvegarder la route des Indes, n'aura pas simplement pour effet de la rendre plus accessible au choléra. C'est un produit d'importation dont le besoin ne se fait nullement sentir, et dont les ravages seraient capables de raviver toutes les haines d'antan contre la perfide Albion. Cela nous reporterait aux âges lointains où il n'était point d'autre état de grâce pour tout bon français que de vivre dans la haine de l'Angleterre. Je me rappelle une pièce où un vieux gentilhomme, ancien officier de marine, devenait subitement épileptique, parce que son futur gendre lui avait parlé des Anglais, sous prétexte d'entendre un récit authentique de la bataille de Trafalgar par un témoin oculaire. Et le vieux gentilhomme se démenait sur la scène, en criant : « Oh! les Anglais !! les Anglais !!! » et levait les bras au

A sa naissance, l'enfant était bleu; la cyanose était même si prononcée, que tout le monde désespérait de sa vie. Cette hésitation entre la vie et la mort se prolongea quelque temps. Enfin, l'enfant opta pour la vie, si l'on peut appeler de ce nom l'espèce d'engourdissement hébété dans lequel il s'est traîné jusqu'à son dernier jour. De temps à autre, cependant, il s'agitait un peu, sous l'influence d'une émotion causée par la crainte ou par la colère ; alors éclatait un accès de suffocation plus ou moins prolongé, pendant lequel le petit malade semblait près de succomber.

Lorsque je le vis pour la première fois, je constatai facilement l'existence d'une cyanose, prononcée surtout à la face, aux lèvres et aux extrémités. Le palais et le plancher de la bouche offraient une coloration un peu violette; la langue avait conservé sa couleur normale. La cyanose, quoique évidente, était pourtant médiocre; mais elle s'accentuait et devenait intense dès qu'on approchait du lit pour examiner l'enfant; il poussait alors de véritables hurlements de terreur et de rage impuissante.

Les cris violents et les mouvements désordonnés du petit malade rendaient difficile l'examen de la région cardiaque. Il me fallut du temps et de la douceur pour arriver au diagnostic par l'étude attentive des phénomènes locaux. Aussi n'y suis-je point parvenu du premier coup; j'ai renouvelé plusieurs fois, et à plusieurs jours d'intervalle, les recherches plessimétriques et stéthoscopiques, et je n'ai atteint mon but qu'à force de patience et de ténacité. J'insiste trop peut-être, à votre gré, sur ces difficultés pratiques, mais la précision du diagnostic est à ce prix; souvent, j'en suis convaincu, l'observateur est resté dans le vague et l'indécision, faute de connaître l'art délicat d'apprivoiser les enfants.

Je vous fais grâce de mes tâtonnements et des douceurs séductrices auxquelles j'ai dû avoir recours; je vous donne en bloc les résultats auxquels je ne suis arrivé que successivement.

Il n'y avait pas de voussure précordiale, et la matité de la région n'était pas augmentée; elle commençait le long du bord gauche du sternum et se terminait au niveau du mamelon. La pointe du cœur battait dans le quatrième espace intercostal, à un demi-centimètre en dedans du mamelon. Le cœur était contenu dans les limites indiquées par M. Roger, limites normales dont j'ai bien souvent vérifié l'exactitude.

L'impulsion cardiaque était assez énergique, mais on ne percevait nulle part de frémissement cataire. Ce frémissement, dont certains auteurs font le signe patho-

---

ciel, tandis que ses mouvements désordonnés imprimaient des oscillations aux pans et à la cordelière d'une superbe robe de chambre, où s'abritait ce vieux débris. Il devait finir par refuser la main de sa fille au postulant qui aurait pu troubler les soirées de famille par de pareilles évocations.

J'ai connu aussi, ailleurs qu'au théâtre, un survivant de cette anglophobie qui a fait palpiter toute la France au commencement du siècle. C'était un excellent homme, qui nous enseignait la géographie à Sainte-Barbe, un vieux de la vieille se reprenant volontiers d'émotion aux souvenirs d'autrefois. Aussi, quand il nous dessinait la carte de France au tableau, était-ce d'une main fiévreuse qu'il traçait les contours des côtes de la Manche, nous signalant toujours les points où un débarquement lui semblait encore imminent. Il est certain que pour lui, l'essence de la géographie, c'était d'apprendre à se méfier de l'Angleterre.

Un point me préoccupe, et sera curieux à étudier si les choses en viennent jusque-là, ce qu'à Dieu ne plaise; ce serait de voir quel cas on ferait des quarantaines dans le Royaume-Uni, et comment on les y appliquerait le jour où il s'agirait, non plus de retarder le débarquement des vainqueurs sur la terre des Pharaons, mais d'arrêter le choléra au seuil de l'Angleterre. Ce jour-là, les quarantaines pourraient bien devenir moins ridicules; toute la question est de savoir ce qui serait jugé le plus incommode, ou de se soumettre aux quarantaines, ou de se laisser ravager par le choléra. Simple balance à établir, affaire de douanes, de transit et de livres sterling. Que l'on se glorifie, chez nos voisins, de ce souverain mépris des existences humaines, en présence des grands intérêts de l'Etat, cela n'aurait rien de surprenant; à la rigueur, c'est une manifestation du sentiment national, qui partout n'est vivant et fécond qu'à la condition d'être exagéré. Pour nous, nous sommes tenus de protester, comme l'ont fait là-bas nos confrères des avant-postes, au nom de la science et de l'humanité.

gnomonique des affections congénitales du cœur n'est, d'ailleurs, ni constant, ni spécial à ces affections; il indique seulement, vous le savez, Messieurs, une lésion profonde d'orifice, que cette lésion soit congénitale ou acquise.

Ainsi, ni la percussion, ni la palpation ne me donnaient de lumières sur l'état du cœur, ou plutôt les signes négatifs que je constatais étaient en parfait accord, selon moi, avec la médiocrité de la cyanose. Je suis, en effet, un partisan résolu de la théorie de Louis; je pense, comme cet illustre maître, que la cyanose est la conséquence du rétrécissement de l'artère pulmonaire, non du mélange des deux sangs. Cette opinion ne rencontrera sans doute ici que peu d'adversaires, si tant est qu'elle en rencontre un seul. En tout cas, quoique ce ne soit pas le moment de me livrer à un combat contradictoire, que je pense avoir épuisé ailleurs, je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer la concordance exacte de cet ensemble clinique.

Nous trouvons, d'une part, une cyanose modérée, et même à peine appréciable, quand le malade est en complet repos; de l'autre, un cœur de volume normal, sans frémissement cataire; or, s'il existait un rétrécissement très marqué de l'artère pulmonaire, on constaterait probablement un frémissement cataire plus ou moins net, et certainement une hypertrophie du ventricule droit. Le peu d'intensité de la cyanose et les signes négatifs fournis par la palpation et la percussion sont donc en parfait accord.

Voyons maintenant les résultats de l'auscultation.

En appliquant l'oreille sur la région précordiale, on entendait un souffle systolique très manifeste; il s'agissait d'en préciser le siège et la direction. Le stéthoscope permettait de constater que le maximum du bruit de souffle siégeait au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à l'angle de réunion de la troisième côte avec le sternum. Ce souffle était rude et se prolongeait, en s'affaiblissant un peu, en haut et à gauche, dans la direction de la clavicule. Il était encore intense au niveau du premier espace intercostal, à un centimètre et demi à gauche de la fourchette sternale; à partir de ce point, il s'étendait, quoiqu'affaibli, jusqu'à la clavicule, et même plus à gauche, du côté de l'épaule; il dépassait donc la limite de l'entrecroisement de l'aorte avec l'artère pulmonaire. L'extension du souffle au delà de cette limite est en contradiction avec la manière de voir de notre collègue M. Constantin Paul; mais ce n'est pas la première fois que je l'observe. Enfin, en portant

---

Où il y a de la gêne, il n'y a pas de plaisir, et c'est le cas ou jamais, pour les Anglais en Egypte, de changer le susdit proverbe en cette variante connue : où il y a de l'hygiène, il n'y a pas de plaisir. On n'aime pas à se gêner, à se déranger, parmi les compatriotes de John Bull, et je leur appliquerais volontiers une autre variante d'un autre proverbe, sans en garantir la primeur : dis-moi comment tu voyages, je te dirai qui tu es. Voyez le français en chemin de fer; il prend les paquets des dames, se serre pour faire de la place aux enfants, fait la conversation, raconte des histoires, donne des renseignements, explique la construction de la voie avec les tunnels et les bifurcations. L'anglais vous bouscule pour entrer, envahit tout avec ses bagages, allonge ses pieds sur la banquette jusque dans la poche du voisin, et vous lance ses os de poulet devant le nez sans balbutier la moindre excuse.

Vienne enfin le choléra, s'il faut le subir, nous en tirerons au moins la satisfaction de l'étudier de plus près, et avec les procédés de recherche les plus nouveaux. Ce qui arrivera infailliblement, vous pouvez vous y attendre, c'est qu'on va découvrir tout de suite le microbe du choléra. Il n'est pas douteux qu'il existe et bientôt nous saurons s'il a la forme d'un huit, ou quelque autre disposition familière à ces petits personnages. On nous a annoncé, il n'y a pas bien longtemps, le microbe du goître, ce qui doit être un commencement de consolation pour les crétins du Valais. Nous avons aussi, parmi les derniers venus, la bactéridie syphilitique, et grâce à elle, voilà donc enfin les cochons qui ont la vérole ! C'est un peu de repos gagné pour ces pauvres lapins qui, jusqu'ici, faisaient si largement les frais de la médecine expérimentale.

***

Par un juste retour des choses d'ici-bas, certains journaux ont révélé il y a quelque temps (je leur en laisse toute la responsabilité), qu'une fille de Claude Bernard avait encouru une légère condamnation pour avoir donné asile, en son logis, à un trop grand nombre de chiens

le stéthoscope à droite du sternum, je constatais un extrême affaiblissement du bruit de souffle, qui disparaissait complètement à un centimètre et demi plus loin.

Ces signes d'auscultation ne pouvaient guère me laisser de doutes sur l'existence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Je n'ignore pas, et vous vous rappelez certainement l'observation si curieuse que M. Bucquoy vous a lue dans la séance du 23 juillet 1880. Il décrivait un bruit de souffle très rude, systolique, siégeant à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche, et semblant se propager sur le trajet de l'artère pulmonaire; dans ce cas, cependant, l'autopsie a démontré l'intégrité parfaite de l'artère pulmonaire. Mais, outre que ce fait, très exceptionnel, peut prêter à la discussion, il convient d'ajouter que l'absence de cyanose y est formellement indiquée. Je devais encore me tenir en garde contre une autre cause d'erreur. J'ai observé un cas dans lequel un bruit de souffle, siégeant au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, et suivant le trajet du vaisseau, était dû, il est vrai, au rétrécissement de cette artère, mais à un rétrécissement produit par la compression exercée sur elle par une masse de ganglions tuberculeux; le vaisseau lui-même était sain. Mais là encore il n'y avait pas de cyanose. D'ailleurs, dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, je m'étais assuré de l'intégrité des ganglions péribronchiques.

Ainsi, les résultats de l'auscultation me permettaient d'affirmer l'existence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire sans lésion de l'aorte.

Le diagnostic se trouvait donc établi de la manière suivante : rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, avec cyanose, sans hypertrophie appréciable du ventricule droit. De plus, nous devions ajouter un point capital, que ni les signes physiques, ni les symptômes généraux ne nous faisaient constater, mais que la nosologie nous imposait : communication entre les deux cœurs. Nous savons, en effet, que, dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, la communication entre les deux cœurs est la règle presque invariable. Or, ici, cette communication était incontestable; il aurait été impossible de comprendre qu'un rétrécissement aussi marqué de l'artère pulmonaire existât sans avoir amené une hypertrophie considérable du ventricule droit, s'il n'y avait eu déviation facile au cours du sang du cœur droit dans le cœur gauche; peut-être même la lésion de l'artère pulmo-

---

errants et mal famés. Si elle aimait les chiens dès son enfance, elle a dû bien souffrir, et le besoin de réparation auquel elle a cédé se comprend. Mais les voisins, qui ont porté plainte contre elle, sont gens difficiles à satisfaire; ils réclament cette fois contre les hôtes inoffensifs de la maison de refuge de Boulogne-sur-Seine, comme d'autres voisins ont réclamé jadis dans Paris contre les chiens de certain laboratoire, qui ceux-là étaient bien des victimes en plein sacrifice. Alors, auquel entendre? Ce qui prouve une fois de plus combien il est difficile de contenter tout le monde..... et la Société protectrice des animaux.

***

Un de mes complices en feuilleton a déja célébré, ici même, quelques-unes des propriétés curatives du tambour, cette affreuse machine dont le rétablissement a fait exulter la France entière, et a pris toutes les proportions d'une apothéose. Voici encore une nouvelle recette, qui m'a été communiquée ces jours-ci : c'est le tambour appliqué au traitement de la scrofule et spécialement de la coxalgie. Un jeune garçon, au sortir d'un bandage inamovible, reçut de son médecin le conseil agréable de battre du tambour le plus souvent et le plus longtemps possible. Ce n'était pas si bête, puisqu'il s'agissait de forcer le petit malade à marcher en tapant sur sa caisse, pour restituer le mouvement et la nutrition aux membres inférieurs, longtemps immobilisés. Il prit un goût beaucoup plus vif à ce traitement qu'à l'huile de foie de morue et aux pointes de feu, et toute la journée il faisait rage sur sa peau d'âne. Seulement, pour la plus grande précision de ses *ra* et de ses *fla*, au lieu de battre en marchant comme doit le faire tout bon tapin, il avait trouvé bien plus commode de s'asseoir, et du matin au soir il *rabotait* dans cette attitude peu martiale. Il n'en arriva pas grand bien pour sa coxalgie, mais il arriva le commissaire de police qui, sur la réclamation des voisins, se vit dans la nécessité de mettre un terme à cette thérapeutique à toute volée. Le pauvre petit scrofuleux a dû se priver de battre la charge; il n'en reste plus que celle que je viens de vous conter.

LUBANSKI.

naire eût-elle été incompatible avec la vie extra-utérine sans cette dérivation. Force m'était donc d'admettre une communication entre les deux cœurs, lésion secondaire, d'ailleurs, et subordonnée au rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Mais en quel lieu cette communication se faisait-elle? L'arrêt de développement portait-il sur le septum interventriculaire ou sur le septum interauriculaire? La question était impossible à résoudre, et vous pensez bien, Messieurs, que je n'ai pas même tenté de le faire. Ç'eût été vouloir résoudre cette autre question : A quelle date de la vie intra-utérine le rétrécissement de l'artère pulmonaire a-t-il été assez intense pour arrêter le développement des parois du cœur ? Tout ce que je pouvais dire, c'est que, en pareil cas, la solution de continuité porte le plus souvent sur le septum interventriculaire, et même sur la partie supérieure de ce septum, presque immédiatement au-dessous de la valvule aortique. Il y avait donc chance pour que la communication existât à ce niveau, ou, en d'autres termes, pour que l'arrêt de développement des cloisons cardiaques se fût fait avant la septième semaine de la vie intra-utérine.

Enfin, Messieurs, un dernier point restait à préciser. Dès mon premier examen, j'avais été frappé de ce fait que le bruit de souffle de la base du cœur s'affaiblissait mais ne disparaissait pas, à mesure que le stéthoscope se rapprochait de la pointe. Ce prolongement du souffle était-il seulement un effet de propagation? Cela était bien peu probable. Il y a même lieu de croire que le doute n'eût pas même existé, si les cris et l'agitation de l'enfant n'eussent mis obstacle à une recherche méthodique. Aussi, lorsque le petit malade fut devenu plus maniable, toute hésitation cessa : un bruit de souffle, distinct de celui de la base, quoique plus faible que lui, existait bien réellement à la pointe du cœur; il était systolique; enfin il se prolongeait à droite, et disparaissait rapidement à gauche. Il avait donc tous les caractères du souffle dû à l'insuffisance de la valvule tricuspide. L'auscultation démontrait ce que la théorie faisait prévoir. La lésion appartenait au cœur droit.

Le diagnostic local se trouvait ainsi complété; et, quand je vous aurai dit que le pouls était normal et battait 100 fois par minute, il ne me restera rien à ajouter sur la maladie du cœur. Je ne vous montre pas, il est vrai, de tracé sphygmographique, mais il est inutile, et, en tout cas, l'âge de l'enfant est mon excuse.

Tout n'était pas dit, cependant; je devais m'inquiéter de la tuberculose possible; l'état général de l'organisme restait donc à étudier. Je me sers à dessein de cette expression, car je ne pense pas que les poumons soient seuls en cause dans les affections congénitales du cœur. Ce n'est pas, selon moi, sous l'action d'une circulation pulmonaire entravée que se développent les tubercules; cette pathogénie presque mécanique ne me semble pas répondre à la réalité; une influence plus haute domine la situation. L'hématose, incomplète dès la naissance, jette peu à peu le malade dans un état d'affaissement qui s'accroît de jour en jour, et qui le livre presque sans défense à la plus dégradée de toutes les diathèses, ou, pour parler le langage moderne, aux germes infectieux qui s'emparent surtout des organismes déchus. Cette opinion ne vous est pas nouvelle; vous l'avez déjà entendue exprimer par notre collègue, M. Duguet; elle me paraît être l'expression même de la vérité.

C'est à ce point de vue que je me suis placé pour examiner le malade; c'est cette manière de voir qui m'a permis d'affirmer la tuberculose. Si, en effet, j'en avais cherché les signes dans le poumon seul, il m'eût été impossible de formuler un diagnostic positif. Le 5 décembre, il est vrai, je constatais un peu de submatité à la base gauche en arrière, mais cette submatité disparaissait le lendemain. Deux jours plus tard, le 7 décembre, la toux devenait très fréquente, et la submatité très nette en arrière au sommet droit; la respiration y était un peu obscure et légèrement soufflante, sans râles; mais, submatité et respiration soufflante disparaissaient également après quarante-huit heures de durée. Enfin le 10 décembre toute la poitrine présentait une sonorité médiocre avec quelques gros râles disséminés. Mais tous ces signes pouvaient être attribués à une bronchite, à des hyperémies, à une bronchopneumonie, développées sous l'influence de l'affection cardiaque; l'absence d'adénopathie péribronchique pouvait même confirmer cette opinion.

Seulement, ce qui ne pouvait tromper, c'était l'état général. Je ne parle pas de la forme spatulée des dernières phalanges; elle était extrêment marquée, il est vrai, mais elle pouvait être la conséquence de la maladie du cœur, et vous savez qu'elle a été particulièrement décrite dans les maladies congénitales de cet organe. Ce n'est pas à dire qu'elle y soit constante, mais enfin on l'y observe souvent; ç'en est assez pour qu'elle n'ait pas de valeur diagnostique précise.

Mais la toux fréquente et sèche, la perte d'appétit, l'allanguissement général de toutes les fonctions, l'émaciation rapide, les sueurs nocturnes, la diarrhée, présentaient un faisceau de symptômes auxquels il était difficile de se tromper. J'y ajoute l'abaissement progressif de la température rectale, qui tombait peu à peu entre 36° et 37°; ce phénomène, pour le dire en passant, n'est pas, quoi qu'on en ait dit, la conséquence directe de la cyanose.

Ce n'étaient pas là, à coup sûr, les caractères de la cachexie cardiaque, cachexie que ne pouvait amener du reste l'état actuel du cœur et des gros vaisseaux. Il fallait donc en chercher l'explication soit dans une tuberculose généralisée, soit dans cette atrepsie tardive à laquelle succombent trop souvent les enfants que nous envoie la misère. La toux fréquente, les sueurs nocturnes, les signes physiques fournis par l'auscultation pulmonaire, quelque légers, quelque fugaces qu'ils eussent été, me firent admettre la tuberculose.

Je portai donc un pronostic fatal, et fatal à courte échéance; il ne fut pas démenti par l'évènement. L'enfant s'éteignit le 11 janvier de cette année, à cinq heures du matin, sans nouveaux symptômes, sans agonie, dans un affaissement graduel.

(La fin à un prochain numéro.)

Congrès international d'hygiène de Genève

DE LA CONTAGION DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

La cause de la contagiosité de la phthisie pulmonaire est-elle donc définitivement gagnée? Les obscurités si nombreuses de sa pathogénie sont-elles donc enfin dissipées? A entendre les conclusions et les projets de quelques-uns des membres du Congrès de Genève, il faudrait répondre affirmativement. Tout serait dit et désormais, vis-à-vis du phthisique, la Société devrait prendre des mesures préventives, préservatrices, prophylactiques. Peu importe d'ailleurs le qualificatif adopté, ces précautions seraient d'une absolue nécessité et la mise en quarantaine du tuberculeux une obligation sociale.

Les travaux modernes, relatifs à la pathogénie de cette affection, méritent assurément une étude approfondie. Ce n'est donc pas ici le lieu de les discuter incidemment. Nous comptons d'ailleurs revenir sur cet intéressant sujet. Il n'en est pas moins manifeste que, même parmi les médecins anti-contagionistes, cette doctrine gagne du terrain. Des laboratoires de médecine expérimentale, elle tient à passer dans la pratique médicale. Aussi parmi les membres du Congrès, M. le docteur Balestrino, médecin de l'hôpital de Gênes, a été un des rares adversaires convaincus de la non-virulence de la tuberculose. Il n'a pas craint de déclarer ouvertement la guerre au terrible bacillus d'outre-Rhin et à ses partisans parfois un peu ardents.

Par contre, tel n'est pas M. Corradi (de Pavie), qui adopte les conclusions des travaux de M. Koch.

Il ne faudrait pas oublier, cependant, que la croyance à la contagiosité est très ancienne. Sans remonter jusqu'aux Hébreux, il est facile de montrer que, se perpétuant de générations en générations, cette croyance était si enracinée dans l'esprit des peuples que l'Etat lui-même dut, à certaines époques et dans certaines contrées, intervenir au nom de la santé publique.

C'est ainsi, par exemple, qu'en Italie, où la terreur était extrême et la phthisie très fréquente, l'autorité prit des dispositions analogues aux mesures qu'on dirige contre les épidémies.

Cependant, tandis que l'esprit populaire restait fidèle à cette croyance et que l'idée de la contagiosité survivait aux siècles, un souffle puissant de progrès modifiait les doctrines et les opinions des médecins. L'anatomie pathologique faisait alors converger toutes les théories vers un objectif tout différent. Les hypothèses pathogéniques étant délaissées, la recherche des lésions anatomiques conduisait à d'autres conclusions. L'orientation de l'opinion médicale était changée.

La doctrine de l'hérédité recrutait alors de nombreux et éminents partisans. Le phthisique

ne fut plus redouté, comme on craignait le contact du lépreux. S'appuyant sur de sérieuses observations cliniques, l'hérédité fut aussi exagérée dans ses conséquences. Elle fournissait aux littérateurs des chapitres touchants. Les romans s'encombrèrent de héros cachectiques et d'héroïnes catarrheuses. On crut alors que le phthisique, en venant au monde, apportait ce triste héritage. On naissait phthisique, mais on ne le devenait pas. C'était l'exagération de la doctrine de l'hérédité.

C'est alors que la médecine expérimentale vint à son tour donner la note et modifier, encore une fois, les opinions reçues. Qui donc a oublié l'étonnement, l'incrédulité même et les sourires qui accueillaient, il y a tantôt quinze ans, les communications de M. Villemin devant l'Académie des sciences. L'exposé de ces expériences était cependant lu par la voix et soutenu par l'autorité scientifique de Claude Bernard. Les recherches de Chauveau vinrent ensuite, et il est bon de dire, au moment où les travaux du laboratoire de l'Office sanitaire de Prusse ont un si grand retentissement, que ce sont les recherches mémorables de ces savants français qui ont préparé la voie aux découvertes contemporaines.

Aux *produits tuberculeux* inoculables, la méthode de M. Pasteur plus ou moins modifiée par M. Koch substitue l'agent qu'on croit être le principe de l'infection tuberculeuse. Ce microphyte venu de l'étranger soulève l'enthousiasme; les contagionistes deviennent plus nombreux encore. Voilà donc pourquoi le bacillus de Koch fait autant de bruit dans le monde que sa taille est petite : *Magnus Alexander, corpore parvus erat!*

Que les faits expérimentaux soient définitivement ou seulement provisoirement acquis, peu importe. Il est impossible de méconnaître le courant puissant d'opinion qui entraîne les hygiénistes vers l'idée de la contagion de la phthisie. Cette fois encore on retrouve sur la route du progrès scientifique de vieilles doctrines qui se rajeunissent et s'habillent à la dernière mode.

Pour M. Corradi, partisan convaincu de la contagiosité, la pathogénie de la tuberculose est connue et il ne reste plus aux hygiénistes qu'à s'inspirer des travaux modernes. Désormais, il faut proscrire les mariages avec les phthisiques, il faut rendre moins intime toute cohabitation avec eux, éviter leur agglomération, et par conséquent la création de foyers infectieux.

Dès lors, et c'est là une des conclusions qu'on peut déduire de cette doctrine, le phthisique est un suspect. On doit donc isoler dans des hôpitaux ou dans des pavillons spéciaux ces malheureux malades qui deviendraient, pour ainsi dire, les pestiférés du dix-neuvième siècle.

C'est encore pour la même raison, et avec plus de raison, qu'on doit proscrire de l'alimentation la consommation de la viande provenant d'animaux tuberculeux, éviter la vaccination avec la lymphe de génisses qui sont telles. Enfin, et ce conseil nous paraît plus pratique, il faut augmenter la résistance organique de chaque individu, et par l'observation d'une hygiène bien entendue, l'armer contre ce fléau de la civilisation. Cette dernière conclusion possède sinon le mérite de la nouveauté, du moins celui de réunir l'approbation unanime de tous les médecins.

Tandis que M. Corradi fait jouer un rôle considérable à la contagiosité de la phthisie dans la propagation de cette maladie, M. le docteur Leudet (de Rouen), qui est un clinicien de mérite, a montré que la doctrine de l'hérédité peut se défendre au moyen d'arguments sérieux.

M. le docteur Leudet, en héritant du nom estimé de son père, a aussi hérité de sa clientèle et d'observations médicales suivies pendant de longues années sur les mêmes familles bourgeoises. Le nombre de ces familles s'élève à cinquante-six; nombre suffisant pour grouper et comparer ainsi un ensemble de faits démonstratifs sur la propagation de la phthisie par hérédité et sur la contagion par le mariage.

Sur dix femmes ayant épousé des tuberculeux, plusieurs eurent des enfants tuberculeux. Ce qui prouverait, d'après les partisans de la doctrine de l'hérédité, que la phthisie peut se transmettre de père en fils sans atteindre la mère, et d'après les adhérents aux doctrines de la contagion, que celle-ci s'exerce sur les individus les moins résistants dans une même famille.

Relativement à la contagion de la phthisie entre conjoints, le docteur Leudet a constaté les résultats suivants : Dans quinze ménages, le mari est mort phthisique le premier et cinq fois la femme est devenue tuberculeuse. Une fois sur trois la femme devient donc phthisique dans ces conditions, tandis que dans le cas inverse, c'est-à-dire dans le mariage d'une femme tuberculeuse avec un mari sain, la proportion est moitié moindre. Ce fait prouverait donc que la résistance de l'homme est plus grande que celle de la femme!

M. Leudet, qui connaît les difficultés de la pratique et les exigences salutaires du secret médical, ne croit guère à la possibilité, dans la plupart des cas, de déconseiller les mariages avec un phthisique. D'abord, on ne consulte pas toujours le médecin sur ce sujet. Quand on le consulte, le secret professionnel commande la discrétion. Et puis, comme l'a fait remarquer M. Lombard, président de la séance, il existe une particularité dont il faut tenir compte.

L'amour possède un bandeau; la première chose à faire, par le médecin désireux d'être écouté, serait de faire tomber ce baudeau!

M. Leudet ne croit guère à la possibilité d'un isolement complet du phthisique dans la famille ou à l'hôpital. Quant à la création d'hôpitaux spéciaux, analogues à ceux qu'on destine aux varioleux et au besoin aux cholériques, elle rencontrerait des difficultés non moins grandes.

D'ailleurs, avant de prendre de telles mesures, il faudrait connaître exactement la pathogénie de la phthisie pulmonaire. M. Vallin ne croit pas que la conviction soit encore faite dans l'esprit de tous les médecins sur la contagiosité de la tuberculose. Les hôpitaux spéciaux, l'isolement seraient actuellement plus utiles pour recevoir les varioleux ou les diphthéritiques. Les phthisiques retireront surtout des avantages de l'établissement de sanatoria dans lesquels ils trouveront toutes les ressources climatologiques, hygiéniques et thérapeutiques dont la science peut disposer. Si donc de tels hôpitaux doivent être éloignés des grands centres, ce n'est pas au nom de la contagiosité, mais dans l'intérêt des malades.

Pour M. le docteur Lubelski, la création d'hôpitaux spéciaux n'est pas exempte de dangers et peut provoquer la formation de foyers épidémiques. De plus, il y aurait lieu de procéder à la destruction de tout objet ayant appartenu à un phthisique pendant sa maladie. M. le docteur Lubelski est donc partisan déclaré de la contagiosité de la phthisie.

D'après M. Smith (de Londres), les égouts mal ventilés sont une cause de propagation de la tuberculose. Ils joueraient encore dans cette maladie le même rôle qu'on leur attribue dans la fièvre typhoïde. Accuser les égouts d'être les voies de diffusion de la fièvre typhoïde était déjà beaucoup, mais leur imputer la propagation de la phthisie était trop. Aussi le docteur Félix (de Bucharest) a fait remarquer que les quartiers de cette dernière ville les plus dépeuplés par la tuberculose sont ceux qui ne possèdent pas d'égouts. M. le docteur Landowski cite l'exemple des Arabes et des Lapons qui succombent à la tuberculose. Existerait-il donc des égouts dans les sables du Sahara ou les solitudes du Pôle Nord?

Les causes de la phthisie, dit avec raison ce savant médecin, « sont toutes celles qui tendent à débiliter et à étioler l'organisme. » Combattre la misère physique du pauvre et la misère physiologique du riche est donc le meilleur moyen de prophylaxie générale contre cette maladie. De là, l'importance de l'hydrothérapie, de la gymnastique rationnelle et de l'éducation de l'enfant. Il faut donc restreindre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes, pour restreindre la diffusion de la maladie.

La réglementation des mariages est impossible. La mise hors de la société des phthisiques, comme suspects, et la création d'hôpitaux d'isolement sont d'une mise à exécution difficile.

Que conclure de cette discussion, sinon que la doctrine parasitaire attend encore une vérification expérimentale et une confirmation clinique des résultats obtenus. En tout cas, au point de vue de la prophylaxie, elle ne donne pas encore les résultats que ses enthousiastes promettaient trop prématurément. Augmentation de la résistance organique des sujets prédisposés, et création de sanatoria pour les tuberculeux, tels sont les moyens les plus efficaces et en ce moment les plus pratiques. Si donc le Congrès de Genève n'a pas apporté une solution nouvelle de cette grave question, il a confirmé, une fois de plus, des faits révélés déjà depuis longtemps par l'observation clinique et admis unanimement par le bon sens de tous les médecins. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

« Dans cette brève communication, je désire prendre date de la découverte des faits suivants. Si après avoir ouvert l'arrière-bouche, sur des mammifères, par une incision entre un des côtés de la base de la langue et l'angle de la mâchoire, de manière à avoir sous les yeux l'épiglotte, le bord supérieur du larynx et la glotte, je fais arriver sur ces parties un courant très rapide d'acide carbonique, je trouve, au bout d'un temps variable (de quinze secondes à deux ou trois minutes) que la sensibilité si exquise de la muqueuse laryngée est complètement perdue et qu'il est possible conséquemment d'introduire un tube (et même un doigt, chez un gros chien) dans la cavité du larynx, de l'y tourner et de l'y retourner sans produire de réaction. J'ai fait cette expérience chez des cobayes, des lapins et des chiens. Chez tous le résultat général que j'ai signalé a été obtenu.

Le contraste entre l'état normal du larynx et l'état d'anesthésie de cet organe, après son exposition à l'influence de l'acide carbonique, est extrêmement remarquable. On sait qu'il est impossible de toucher, de titiller la muqueuse laryngée sans produire des effets réflexes très marqués. La glotte se contracte spasmodiquement et le larynx tout entier se soulève avec

violence. Lorsqu'on produit l'irritation de cet organe à l'aide d'un courant d'acide carbonique ou par des vapeurs de chloroforme, on constate une agitation générale très vive en outre des réactions locales. Ces deux agents anesthésiques agissent presque également à cet égard et irritent d'abord très violemment. Tout au contraire, lorsqu'on a soumis le larynx, pendant quelques minutes, à l'influence de l'un des deux, mais surtout à celle de l'acide carbonique, on constate que la puissance irritatrice de l'un ou de l'autre sur cet organe est devenue nulle.

Cette anesthésie locale [qui, du reste, s'accompage d'une anesthésie générale incomplète (1)] ne disparaît guère qu'au bout de plusieurs minutes (de deux à huit) après la cessation de l'irritation du larynx par l'acide carbonique. Dans l'espace de quelques heures, j'ai pu répéter cette expérience nombre de fois, chez un même animal, et j'en ai toujours obtenu le même résultat quant à l'anesthésie du larynx et à la possibilité d'introduire, sans résistance et sans réaction d'aucune espèce, un tube dans le canal laryngé et trachéal.

J'ai laissé survivre nombre d'animaux ayant été soumis à ces expériences. Aucun mauvais effet local ou général dépendant de l'acide carbonique ou de l'irritation mécanique du larynx ou de la trachée ne s'est montré chez eux. J'ai aujourd'hui trois chiens sur lesquels ces expériences ont été faites et qui ont reçu une énorme quantité d'acide carbonique, soit sur la glotte, soit à travers elle, dans la trachée: ils paraissent être en excellente santé. L'un d'eux a été opéré il y a onze jours, un autre il y a six jours et le troisième avant-hier.

Je ne veux pas examiner aujourd'hui les particularités de ces recherches ni les applications à la thérapeutique que l'on pourrait en faire. Avant de s'occuper de ces applications, il importe de faire chez l'homme des expériences démontrant positivement l'innocuité de l'entrée par la bouche ou la narine d'une quantité très considérable d'acide carbonique. A part les quelques effets biens connus de ce gaz, tels que céphalalgie, vertiges, etc., des expériences que j'ai faites sur moi-même, en 1871, établissent déjà qu'un courant très rapide de cet agent peut être reçu dans l'arrière-bouche sans produire d'effet dangereux. Mais il est essentiel de reprendre ces recherches au point de vue nouveau de la production de l'anesthésie dans la muqueuse laryngée. C'est ce que je me propose de faire très prochainemnt. »

L'Académie a reçu les ouvrages suivants:

Traité théorique et clinique de la dysenterie, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud. Paris, O. Doin, 1883 ; in-8°. (Présenté par M. le baron Larrey pour le concours Montyon, Médecine et Chirurgie, de 1883.)

Généralités sur la médecine pratique des enfants. Conférences faites à l'Université de Liège; par le docteur N. Droixhe (de Huy).

Les secours aux blessés en temps de guerre; par le docteur Bouloumié.

Etudes sur les principales causes léthifères chez les enfants. — De la prophylaxie des maladies contagieuses. — Principale cause de l'excessive mortalité chez les enfants trouvés. — De la mortalité chez les enfants à la mamelle, à Athènes. — Du rôle de la dentition dans la pathologie enfantine, par le docteur A. Zinnis. Athènes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 juin 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : Le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Journal d'Hygiène*, le *Journal des Sages-Femmes*.

Une lettre-circulaire du président de l'Association française pour l'avancement des sciences. qui met à la disposition d'un membre de la Société de médecine de Paris une carte d'admission pour le Congrès, qui aura lieu à La Rochelle, du 24 au 31 août prochain.

M. Thorens est délégué par la Société pour la représenter à ce Congrès; il accepte cette mission, et fait remarquer qu'il y aurait avantage pour la Société à faire partie de l'Association française, ainsi que la circulaire l'y invite.

(1) On sait depuis longtemps, par les intéressantes recherches de M. Ozanam et celles surtout de MM. Lallemand, Perrin et Duroy, que l'inhalation de l'acide carbonique peut donner lieu à l'anesthésie générale. Je dois dire que, dans certaines expériences où j'ai évité de produire de l'anesthésie générale, j'ai pu faire perdre au larynx, mais incomplètement, sa sensibilité. Du reste, il est bien connu que l'acide carbonique peut produire de l'anesthésie locale sur plusieurs autres muqueuses.

M. RELIQUET, vice-président, appuie cette proposition et croit qu'il y aurait lieu de nommer une Commission pour examiner cette question, qui a été déjà soulevée.

M. DEVALZ, membre correspondant, fait hommage à la Société de 70 exemplaires de son mémoire sur la curabilité du tubercule, dans la phase embryonnaire de son existence, et sur le rôle des Eaux-Bonnes dans la guérison de cette néoplasie.

La correspondance manuscrite comprend un télégramme de M. Delefosse, secrétaire annuel, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. COLLINEAU dépose sur le bureau un exemplaire d'une conférence sur la gymnastique, qu'il a faite à la Société d'instruction élémentaire.

M. RELIQUET offre à la Société un exemplaire de son mémoire sur l'anurie calculeuse, traitée par l'augmentation de pression du sang dans les artères du tronc, au moyen de la bande d'Esmarck.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part à la Société de la nomination de M. Budin comme accoucheur dans les hôpitaux.

M. MARCHAL lit un mémoire intitulé : *Considérations critiques sur le massage utérin.* (Ce mémoire sera publié prochainement.)

M. ROUGON demande à M. Marchal s'il a pratiqué lui-même le massage utérin.

M. MARCHAL répond qu'il n'a pas eu l'occasion de le mettre en usage, et, qu'en communiquant son travail à la Société, il n'avait d'autre but que d'éclairer la question et même de combattre l'emploi de ce moyen.

M. THEVENOT : J'ai pratiqué plusieurs fois le massage utérin. Ce procédé thérapeutique est très douloureux; les malades refusent souvent de se prêter à son application. Après l'avoir employé pendant deux mois, à deux reprises différentes, j'ai dû l'abandonner, et je le condamne comme procédé général.

M. MATHELIN : Il est question dans le mémoire de M. Marchal de bains électriques, donnés à San-Francisco, qui ont déterminé l'avortement. Ce procédé est-il vraiment abortif ! J'ai faradisé une femme enceinte de trois mois, qui avait eu déjà plusieurs fausses couches, et, grâce à ce traitement, elle a pu mener sa grossesse jusqu'au terme normal de neuf mois. Que peuvent faire les courants électriques ? Réveiller les contractions utérines. Mais tout le monde sait que ces contractions existent pendant la grossesse, et ne provoquent par l'avortement. D'ailleurs, il s'agit ici de courants continus, qui sont encore plus inoffensifs que la faradisation.

M. MARCHAL : Il s'agissait dans le cas que j'ai rappelé incidemment d'une application d'un courant fourni par 60 éléments Daniell; je crois cette tension trop forte pour pouvoir être impunément supportée par un utérus gravide.

M. FORGET fait remarquer que M. Marchal a communiqué à ses collègues un travail spécial sur le massage utérin, et que la Société ne doit pas laisser la discussion s'égarer sur un autre sujet, la faradisation utérine, qui n'est pas en cause en ce moment.

M. le président DUROZIEZ : Personne ne demandant plus la parole sur le massage utérin, je déclare la discussion close.

M. DAREMBERG lit un mémoire intitulé : *Des prodromes cérébraux précoces dans la tuberculose.* L'auteur lit deux observations qui, à son avis, prouvent que :

1° Quand chez un individu en bonne santé il se manifeste, sans cause connue, un changement de caractère, consistant en une incapacité notable au travail et une insouciance générale aux choses de la vie, il faudra se méfier du début insidieux d'une affection tuberculeuse, surtout si le sujet y est prédisposé par l'hérédité.

2° Quand chez cet individu la tuberculose se sera déclarée, ce qui généralement n'arrive qu'après plusieurs mois et même plusieurs années, on pourra prédire presque à coup sûr la terminaison fatale par accidents méningo-encéphaliques.

M. FORGET félicite vivement M. Daremberg de son intéressante communication et l'en remercie au nom de la Société.

M. ROUGON appuie cette proposition.

Election. — M. le Président procède au dépouillement du scrutin pour l'élection de M. le docteur Camille Bancel (de Toul), et déclare qu'il a obtenu vingt voix sur vingt votants. M. Bancel est élu membre correspondant.

Le Secrétaire annuel, Dr H. BERGERON.

VARIÉTÉS

AMÉLIORATION DANS LE SERVICE MÉDICAL DE NUIT DE PARIS. — CRÉATION D'UN SERVICE PHARMACEUTIQUE DE NUIT.

Dans un rapport adressé par M. le Préfet de polic au Conseil municipal, M. Camescasse propose l'établissement d'un service pharmaceutique de nuit, à dater du 1er janvier 1883. Cette création présentait des difficultés au point de vue du contrôle et de la comptabilité. Les mesures suivantes donneront satisfaction aux besoins les plus urgents.

A cet effet, des boîtes de secours pharmaceutiques seront déposées dans les postes de police. Chaque boîte sera transportée par l'agent qui accompagne le médecin du service médical de nuit. Mais en dehors des heures de ce service et de l'assistance de ce dernier, il sera défendu d'en faire usage. Leur contenu consistera dans les médicaments et objets de pansement suivants : ergot de seigle, éther sulfurique, chloroforme, alcool camphré, ammoniaque, perchlorure de fer, émétique, ipécacuanha, laudanum, farine de lin, papier-sinapisme, charpie, bandes, compresses et appareils à fractures.

On a préféré ce système à tout autre, dans le but de sauvegarder les finances municipales, et surtout d'éviter les abus. L'expérience du service médical de nuit, qui produit d'ailleurs des résultats heureux sous l'habile direction de M. le docteur Passant, donne lieu en effet à des abus. Voici ce que nous lisons dans un journal politique, géneralement bien informé : « Un médecin a été requis par le même malade quatre fois dans une seule nuit. D'autres « médecins, appelés dans la soirée par des clients peu solvables, ont retardé leur visite jus« qu'à dix heures, afin d'être assurés du paiement de leurs honoraires. » Ces faits sont regrettables et nous pensons, avec la *Ville de Paris*, qu'il serait fâcheux de les voir se renouveler sous une autre forme à propos du service pharmaceutique.

Il serait bon, peut-être, pour éviter ces abus, que dans le recrutement des médecins qui briguent ces postes, l'Administration s'adressât aux Sociétés d'arrondissement là où elles existent. Cette question se rattache d'ailleurs à la confection défectueuse des listes médicales d'arrondissement, dont l'UNION MÉDICALE a, elle-même, fait connaître les lacunes et les imperfections. Ces listes sont cependant l'unique source des renseignements officiels à laquelle l'administration peut s'éclairer.

En terminant, ajoutons un renseignement qui sera certainement agréable aux médecins du service médical de nuit : la rétribution de dix francs par accouchement sera, dit-on, prochainement élevée à vingt francs. Cette mesure est équitable. — C. E.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Carrère, à Esternay, à l'âge de 80 ans; — de M. le docteur Martin, à Saint-Bonnet, qui était un des vétérans du Corps médical de France. Il était âgé de 92 ans.

— Nous apprenons également que M. le docteur Brochard vient de mourir à Paris, à l'âge de 70 ans. On lui doit des travaux très appréciés sur l'allaitement maternel, l'hygiène et la pathologie du nouveau-né.

— Enfin M. le docteur Pégot, professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine de Toulouse, vient de mourir à Bagnères-de-Luchon.

Le docteur Pégot était ancien interne des hôpitaux de Paris et chevalier de la Légion d'honneur.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

AFFECTION CONGÉNITALE DU CŒUR (1).

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — COMMUNICATION ENTRE LES DEUX CŒURS PAR LE SEPTUM INTERVENTRICULAIRE. — INSUFFISANCE DE L'ORIFICE TRICUSPIDE. — CYANOSE. — TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE. — EXAMEN HISTOLOGIQUE DU CŒUR. — PATHOGÉNIE.

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 7 juillet 1882,

Par M. CADET DE GASSICOURT, médecin de l'hôpital Trousseau.

L'autopsie allait me montrer l'exactitude absolue du diagnostic porté pendant la vie. C'est là une satisfaction toute scientifique, il est vrai, mais elle nous est assez souvent refusée pour que nous y soyions quelque peu sensibles. Seulement j'allais trouver une contradiction assez bizarre entre les résultats de l'examen macroscopique et ceux de l'examen microscopique ; ce désaccord devait porter sur l'état des valvules de l'artère pulmonaire et des valvules triscupides, c'est-à-dire précisément sur le point en litige entre M. Duguet et moi.

Tout d'abord, nous avons constaté l'existence d'une tuberculose généralisée ; les deux poumons, le péritoine, l'intestin, la rate, le foie, étaient envahis par des tubercules, les uns miliaires, les autres plus volumineux ; la maladie n'était donc pas tout à fait récente, mais elle avait pris, dans les derniers jours, une allure rapide. On comprenait très bien, d'ailleurs, en examinant les poumons, l'impuissance de l'auscultation. Partout se voyaient des granulations tuberculeuses, disséminées au milieu d'un tissu pulmonaire à peine altéré ; nulle part n'existait de vaste splénisation, ni de broncho-pneumonie chronique étendue.

La tuberculose généralisée une fois constatée, il s'agissait d'examiner le cœur. nous le débarrassâmes d'abord du péricarde, qui était parfaitement sain, et, après avoir vidé le cœur de tout le sang qu'il contenait, nous lui trouvâmes un poids de 50 grammes. Ce poids est un peu inférieur à celui que l'on trouve habituellement à 2 ans, et qui varie entre 60 et 70 grammes. La circonférence à la base des ventricules était de 11 centimètres, la distance de la base à la pointe de 5 centimètres. Ce sont exactement les mesures moyennes données par Rilliet et Barthez pour les enfants de 15 mois à 2 ans 1/2. Le cœur n'était donc pas hypertrophié ; la percussion nous avait donné des résultats exacts.

Le volume relatif des cœurs droit et gauche était un peu inégal ; on constatait une légère différence en faveur du ventricule droit, qui mesurait 5 centimètres 7 millimètres à sa base, tandis que le ventricule gauche mesurait 5 centimètres 3 millimètres. Quant aux parois, celles du ventricule droit étaient de 7 millimètres, celles du ventricule gauche de 10 millimètres d'épaisseur. Il n'y avait donc pas d'hypertrophie du ventricule droit. L'épaisseur maxima notée par Rilliet et Barthez est, il est vrai, de 6 millimètres seulement, mais dans les mesures que j'ai prises, je l'ai souvent trouvée de 7 millimètres.

Il nous restait maintenant à faire l'étude la plus importante, celle des orifices et des cloisons. C'est ici qu'a éclaté le désaccord entre les examens macroscopiques et microscopiques. Voici d'abord les résultats de l'examen macroscopique.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit et celui de l'artère pulmonaire étaient tous deux altérés, mais à des degrés différents. L'orifice de l'artère pulmonaire au

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 9 octobre.

niveau de la valvule mesurait 1 centimètre et demi de circonférence; à 1 centimètre au-dessus de la valvule, la circonférence de l'artère pulmonaire était de 2 centimètres. Le rétrécissement était donc considérable, puisque la circonférence minimum de l'artère pulmonaire, à l'âge de 2 ans, est de 4 centimètres au niveau des valvules, et de 3 centimètres à un centimètre au-dessus. De plus, les proportions relatives de l'orifice et de l'artère elle-même étaient renversées; celui-ci était beaucoup plus étroit que celle-là. Si bien que l'artère, quoique réellement rétrécie (2 centimètres de circonférence au lieu de 3 centimètres) paraissait être développée en ampoule. C'est là, vous le savez, un fait constant dans les rétrécissements congénitaux.

Quant à l'orifice tricuspide, il était également rétréci : il mesurait 4 centimètres 5 millimètres; or, sa circonférence normale est de 5 centimètres 2 millimètres au minimum. J'ajoute qu'il était égalemeut insuffisant; l'expérience classique nous a permis de le constater.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire, le rétrécissement et l'insuffisance de l'orifice tricuspide sont donc parfaitement établis, et le microscope n'a pas à intervenir; la clinique est sauve et, à ce point de vue, les résultats de la nécropsie sont pleinement satisfaisants. Mais, j'arrive au point délicat, au point où notre collègue Duguet va triompher. La valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire nous avait paru très épaissie, inégale, et d'une dureté presque cartilagineuse par places. Quant à la valvule tricuspide, elle était d'un rouge rosé, d'apparence frangée, et dure au toucher.

Remarquez, Messieurs, que cette autopsie a été faite en présence de mes élèves, d'un de mes collègues de l'hôpital, et de plusieurs autres personnes, parmi lesquelles se trouvait notre nouveau collègue M. le docteur Gombault, dont personne ne conteste la compétence anatomo-pathologique. Or, tout le monde est tombé d'accord pour affirmer l'existence des altérations valvulaires macroscopiques dont je viens de vous parler. C'est cependant sur ces altérations que le microscope nous a donné un démenti cruel.

L'examen histologique, fait avec le plus grand soin, et à trois reprises différentes par notre collègue le docteur Balzer, a donné trois fois le même résultat : intégrité parfaite des valvules. Or, malgré les deux mois écoulés entre l'autopsie et l'examen histologique, les lésions auraient certainement persisté, si elles avaient été anciennes et profondes. Nous devons supposer qu'elles étaient superficielles et récentes, puisqu'elles ont disparu; elles ne peuvent donc être regardées comme congénitales.

Cela dit, terminons l'anatomie pathologique macroscopique par la description de la communication entre les deux cœurs. Elle se faisait par la cloison inter-ventriculaire. Dans le cœur gauche, elle était située à la partie supérieure de cette cloison, immédiatement au-dessous de la valvule aortique; sa forme était celle d'un triangle à base inférieure, dirigé vers la pointe du cœur, à sommet supérieur dirigé vers l'aorte. La base de ce triangle mesurait 9 millimètres, et la hauteur 7 millimètres. Dans le cœur droit, la solution de continuité avait une forme arrondie, un peu oblongue; elle était située à un centimètre trois millimètres au-dessous de la valvule de l'artère pulmonaire. A première vue, elle paraissait placée plus bas que celle du cœur gauche, mais en réalité, elle était à la même hauteur; cette apparence trompeuse était due à la différence de niveau qui existe entre l'orifice aortique et celui de l'artère pulmonaire. Enfin, les bords de la solution de continuité étaient parfaitement lisses, sans aucune altération appréciable ni au toucher ni à la vue.

Le trou de Botal était complètement oblitéré. Les valvules et les orifices aortique et mitral étaient sains à l'examen macroscopique et microscopique.

Vous voyez sur ces deux dessins la plupart des lésions dont je viens de vous parler : rétrécissement de l'artère pulmonaire, ouverture de communication entre les deux cœurs. Seulement, les altérations de la valvule de l'artère pulmonaire ne sont pas aussi nettement accusées qu'elles l'étaient sur les pièces fraîches, parce que ces

dessins ont été exécutés après un séjour un peu prolongé des pièces dans l'alcool.

Mais l'intérêt de ce détail est médiocre ; il s'efface même tout à fait devant la question de pathogénie qu'il me faut maintenant poser.

Un mot toutefois, avant d'aborder ce sujet, sur un point secondaire que je vous ai signalé en commençant : l'état des vaisseaux capillaires. Chevers, qui n'admet pas la théorie du mélange des deux sangs, explique la cyanose congénitale, dont l'intensité est si supérieure à celles des maladies acquises du cœur, par une hypothèse ingénieuse : il suppose que, dans la cyanose congénitale, les vaisseaux capillaires, surpris par la gêne circulatoire au moment de leur développement, sont extrêmement dilatés; cette dilatation permettrait leur distension facile par le sang noir, dont elle favoriserait la stase. J'étais curieux de savoir à quoi m'en tenir sur ce point : eh bien, Messieurs, l'examen du réseau capillaire à l'aide du microscope a permis de reconnaître qu'il était parfaitement normal, et que nulle part il ne présentait de dilatation. L'hypothèse de Chevers n'est donc pas justifiée ; elle passe au rang de souvenir historique.

Revenons maintenant à la question de pathogénie.

Vous savez que Bouillaud regarde les lésions congénitales du cœur comme le résultat d'une endocardite développée avant la naissance, et qu'il assimile les unes aux autres toutes les affections du cœur, quelle que soit l'époque de leur apparition. Cette manière de voir, fort logique et fort séduisante, est adoptée par un grand nombre de nosologistes. Si cette opinion est exacte, on devrait trouver, ce me semble, des lésions histologiques plus ou moins profondes, mais évidentes, reliquat de l'inflammation développée pendant la vie intra-utérine, et ces lésions devraient exister dans les parties primitivement atteintes, c'est-à-dire dans l'artère pulmonaire elle-même et à son origine. On pourrait s'étonner peut-être de voir le rhumatisme, qui a, d'habitude, une prédilection si marquée pour les valvules cardiaques, les respecter presque toujours chez le fœtus, mais du moins les altérations endartérielles ne devraient pas manquer.

Or, que nous apprend ici l'examen histologique, qui déjà nous a montré l'intégrité absolue des valvules sigmoïdes et tricuspide ? Il nous montre encore l'intégrité absolue de l'artère pulmonaire dans toute son étendue. C'est ailleurs, dans le cœur droit et au niveau de la perforation, qu'il nous révèle quelques lésions ; encore sont-elles si légères qu'on hésite presque à leur donner ce nom, et qu'on doit leur attribuer une origine récente.

En effet, dans le cœur gauche, l'endocarde est sain ; quant au myocarde, les espaces conjonctifs interfasciculaires sont légèrement épaissis, mais il n'y a pas de prolifération dans l'intérieur même des faisceaux. Il est clair qu'on ne peut tirer aucune conclusion d'une modification aussi insignifiante de l'état normal.

Pour le cœur droit, il est vrai, le péricarde est un peu épaissi, ainsi que les faisceaux conjonctifs qui cloisonnent le myocarde. La tunique adventice des vaisseaux est notablement épaissie en plusieurs points ; on voit même des amas de cellules embryonnaires autour de quelques-uns d'entre eux.

Enfin, au niveau de la perforation, l'endocarde est sclérosé ; il y a des signes manifestes d'irritation de la couche sous-endothéliale, où l'on voit les cellules s'accumuler de distance en distance. A ce niveau également existe une sclérose du myocarde comme dans la paroi externe du cœur droit.

Voilà donc des lésions incontestables; elles sont très légères, il est vrai, trop légères assurément pour qu'on puisse leur attribuer une origine ancienne ; il est même permis de croire qu'elles sont seulement la conséquence de la suractivité fonctionnelle du cœur droit ; mais enfin elles existent. Or, où se trouvent-elles ? Là précisément où on aurait pu les croire absentes : dans le myocarde droit, dans la cloison interventriculaire, autour de l'orifice de communication entre les deux cœurs. Et elles manquent là précisément où on les attendait : dans l'artère pulmonaire, dans les valvules sigmoïdes et tricuspides.

Il serait absurde évidemment de renverser à ce propos toute la pathogénie des affections congénitales du cœur, et de considérer le rétrécissement de l'artère pul-

monaire comme secondaire aux lésions du cœur droit; le bon sens s'insurgerait contre une pareille conclusion. Mais si nous faisons bon marché des lésions que nous avons constatées, devons-nous également faire bon marché de l'intégrité de l'artère pulmonaire? Nous est-il permis de croire que le rétrécissement de cette artère est la conséquence d'une endocardite assez forte pour produire un pareil étranglement, assez faible pour disparaître sans laisser de traces? Ne devons-nous pas demander, au contraire si le rétrécissement de l'artère pulmonaire, et celui de l'orifice tricuspide ne sont pas la conséquence, non de l'inflammation, mais d'un arrêt de développement? La pathogénie de cet arrêt de développement serait, il est vrai, fort obscure, mais au moins nous ne nous heurterions pas à ce paradoxe d'une inflammation chronique dans un tissu sain.

Enfin, Messieurs, la cause des malformations congénitales des orifices du cœur n'est sans doute pas toujours la même; l'inflammation peut y jouer son rôle; l'arrêt de développement, le sien. Rien ne nous autorise à trancher ces questions complexes; pour le moment, il suffit de les poser. Mon but serait atteint si le travail que je viens de vous lire pouvait un jour avoir sa faible part dans leur solution.

LE SERVICE DE SANTÉ ANGLAIS EN ÉGYPTE (1).

IV

Les communications officielles plusieurs fois annoncées sur l'état sanitaire du corps expéditionnaire, et les résultats des combats qui ont amené si heureusement et si inopinément la fin de la guerre, n'ont pas encore paru. En attendant que l'Army medical Department consente à sortir de ce mutisme qui est décidément un principe universel de gouvernement, les journaux anglais, d'une parfaite discipline, s'efforcent d'intéresser leurs lecteurs aux bagatelles de la porte; et on voit par exemple *The Lancet*, en fait d'actualités militaires, analyser avec une gravité sereine les documents du *Livre bleu* de 1882 (Army med. Report pour 1882), la statistique de l'armée autrichienne, ou annoncer que le prince zoulou Panda a réclamé la vaccination. Nous serions mal fondés à montrer plus d'exigence.

Les nécessités d'une mobilisation immédiate, dans les conditions de l'organisation nouvelle, ont trouvé le service responsable quelque peu en défaut : il y a là une leçon. La compagnie de brancardiers n° 1 a pu être rapidement rassemblée, embarquée, rendue sur le théâtre de la guerre avec son grand luxe de personnel et de matériel, et prendre part, sans tarder, aux opérations militaires qui lui ont aussitôt donné l'occasion d'exercer ces moyens d'action. Mais la 2e compagnie n'existait que sur le papier. Elle a dû être formée à la hâte, à l'aide de réquisitions d'anciens infirmiers et officiers non commissionnés, et d'hommes de la réserve de toutes les armes. Tout ce personnel peu homogène, rassemblé à Aldershot, y a reçu à la vapeur, en trois ou quatre jours, une instruction technique vraiment trop sommaire, à moins qu'on ne prétende que le long stage de cette école ne corresponde pas à une utilité réelle. Même pénurie d'officiers de santé; on a dû faire partir deux élèves qui n'avaient pas achevé leur période d'instruction, et un autre qui n'avait pas obtenu son brevet de sortie.

On se demande dans quel embarras se serait trouvé le service de santé si les obligations d'une guerre, que toutes les prévisions faisaient longue et pénible, avaient mené à la formation d'un deuxième corps d'armée, ou à compléter seulement les quatre compagnies qui composent la colonne de brancardiers d'un corps isolé. Déjà on s'était ému en Angleterre : on s'occupait de la création des compagnies nos 3 et 4, dont tout le personnel devait être pris dans l'armée de réserve; des médecins civils avaient été requis, à des conditions très onéreuses, dans les villes de garnison dont tout le personnel de santé était sur le champ de bataille. Telles sont les aventures qui ont peut-être pour point de départ la conception fausse d'un pied de paix distinct du pied de guerre, et qui sont capables de causer l'écueil de toute une organisation.

Cette compagnie n° 2 a d'ailleurs joué de malheur. Sous la pression de nécessités plus urgentes, les hommes ont dû être embarqués sur un bateau, les officiers les plus anciens sur un autre, le matériel sur un troisième. Il en est résulté qu'au débarquement à Ismaïlia, la moitié seulement de la compagnie a pu être envoyée en première ligne, sous le commandement d'un simple *surgeon*, les deux chirurgiens-majors ayant été débarqués à Alexandrie; de plus, la plupart des officiers n'étaient pas montés, et le défaut de moyens de transport dut faire laisser un certain nombre de brancards en arrière.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 16 et 26 septembre.

En revanche, la 1re compagnie a eu tous les honneurs de la chaude journée de Kassassine (26 août). On connaît déjà la mort héroïque du chirurgin-major George Schaw, qui la commandait. Une attaque imprévue des Arabistes avait enveloppé l'infanterie et l'artillerie ; il fallut trois charges consécutives de la cavalerie de la garde pour les dégager. Schaw, au milieu de cette mêlée, avec tout son personnel, d'un sang-froid égal, continuait à panser ses blessés, quand la compagnie se trouva en un instant complètement séparée du reste de l'armée anglaise, et entourée d'un cercle d'ennemis se resserrant de plus en plus. Immédiatement, on dépose les brancards; on suspend les pansements; prenant les armes et les munitions de leurs camarades, les hommes se forment en carré autour des blessés et font le coup de feu jusqu'au retour offensif des *Bleus.* Ils arrivèrent trop tard pour sauver Schaw, qu'une balle à la tempe venait de renverser. Il mourait trois heures après, sans avoir repris connaissance.

« Un seul officier a été tué à Kassassine, dit *The Lancet*, et c'est un médecin. Et on voudrait écarter les justes revendications du Corps de santé et lui disputer le rang et les honneurs dus à sa science et son dévouement ! Non-combattants, dites-vous. — Combattants deux fois, deux fois au danger ; sur le terrain et à l'hôpital, à l'ennemi et en face des fléaux épidémiques ! » — Il paraît que cette cause n'est pas encore gagnée dans toutes les armées.

Deux médecins du nom de Schaw servaient simultanément dans le corps expéditionnaire ; John Alexandre Schaw est attaché au 2e bataillon léger highlander. Le premier télégramme citant seulement le nom de Schaw, sans prénoms ni initiales, il fallut une dépêche plus explicite du survivant pour tirer sa famille d'une horrible anxiété.

Les Anglais ont tiré un heureux parti du voisinage du canal d'eau douce pour l'évacuation sur Ismaïlia des nombreux blessés de Kassassine; d'ailleurs, autre lacune, les mulets étaient partout en nombre insuffisant. On s'est servi de bateaux plats, espèce de chalands, recouverts de palmes et de branchages en forme de toits, constituant un mode de locomotion doux et confortable.

Un hôpital-base avait été installé dans le palais du khédive ; c'est un vaste bâtiment à deux étages, élevé, éclairé, bien ventilé, aussi bien conçu que possible pour son but actuel. Le médecin en chef est le chirurgien de brigade Veale, agrégé de médecine militaire à Netley, à qui on doit déjà de sérieux travaux et dont on loue beaucoup l'activité et l'esprit d'organisation. A la date du 11 septembre, on comptait encore 240 blessés et fiévreux à l'hôpital-base d'Ismaïlia, et 190 autres malades ou convalescents à bord du *Carthage.* Un certain nombre d'évacuations avaient déjà été faites sur Chypre, Gozzo ou l'Angleterre. On n'évacue que les hommes incapables de reprendre leur service en trois semaines ou un mois. Chypre ne reçoit pas de blessés, mais Gozzo seulement, où ils sont traités sous la tente et installés sur un plateau aéré et salubre, dans des conditions de confort qui ne laissent rien à désirer.

On a peu de renseignements sur le fonctionnement des hôpitaux de campagne de deuxième ligne ; les 6e, 7e et 8e field-hospitals débarquaient à Ismaïlia le 27 août seulement. Si huit ambulances mobiles ont pu réellement prendre la campagne avec leurs cadres et leur matériel au complet, ce service n'aura pas périclité, le chiffre règlementaire de deux par division et de quatre de réserve devant largement suffire aux besoins. La pénurie de données sur les résultats chirurgicaux du combat du 26 et des escarmouches des jours précédents est absolue ; une amputation de jambe (lambeau postérieur), à la 3e ambulance ; quelques autres grandes opérations à Ismaïlia, notamment une désarticulation de l'épaule, ne donnent évidemment aucune idée des conditions dans lesquelles l'intervention chirurgicale a eu à s'exercer.

Mêmes banalités de renseignements sur l'état sanitaire général : le coup de chaleur, la diarrhée, la dysenterie paraissent toujours dominer la constitution médicale. Les journées sont chaudes, les nuits froides ; peu d'ophthalmies ; les lunettes d'approvisionnement ont jusqu'ici servi à peu de monde. D'après une dépêche du *Times* du 10 septembre, dans une marche de quelques heures seulement, la brigade de highlanders aurait perdu 2 hommes de coup de chaleur ; beaucoup d'autres étaient gravement atteints ; 200 hommes avaient été dans l'impossibilité de continuer leur route. Le camp de Kassassine était particulièrement insalubre, et il a été heureux que la résistance d'Arabi n'ait pas plus longtemps immobilisé l'armée dans cette position. L'eau est toujours d'une médiocre qualité. Les petits filtres de poche n'ont pas rendu tous les services qu'on en attendait. Un correspondant du *British medical Journal* se loue beaucoup de l'emploi du chloralum, dont quelques grains suffisent à clarifier plusieurs gallons d'eau. Malheureusement il n'en a pas été fait de provisions suffisantes, et le commerce local ne peut en procurer. Le général en chef a accordé aux troupes une triple ration de thé et une double ration journalière de café. L'alimentation est convenable ; on dispose de bonnes conserves de viande ; les végétaux ne manquent pas.

A Alexandrie, d'où le changement de la base d'opérations a un peu détourné l'attention, la santé publique se maintenait bonne, malgré de fâcheux pronostics. On était encore et surtout préoccupé, pendant la première quinzaine de septembre, de la disette d'eau. Les citernes con-

tenaient 18,000 tonnes d'eau du Nil; 200 puits pouvaient fournir 1,000 tonnes, à peu près la consommation journalière; une distribution était faite tous les trois jours; le deuxième jour, elle était déjà de médiocre qualité. On s'alarmait, à ce point de vue, du retour prématuré et en masse, malgré les ordres du khédive, de la population qui était remontée en quelques jours à 40,000 âmes. On sollicitait l'autorité anglaise de prendre elle-même des mesures efficaces pour s'opposer à ce flot, ainsi que d'assurer directement les attributions de la commission sanitaire, qui n'avait pas les moyens de poursuivre sa mission. Du 24 août au 2 septembre, on comptait 44 décès dans la population civile, 34 indigènes et 10 Européens. Causes de décès : fièvre typhoïde 4, fièvre gastrique 8, dysenterie 4, diarrhée 9, abcès du foie 1. Le même septénaire, l'an dernier, avait fourni 273 décès, ce qui représente la même proportion, pour une population de 250,000 habitants. Aucun influence épidémique ne se fait donc constater ni pressentir dans la constitution médicale actuelle. Les troupes anglaises d'Alexandrie et de Ramleh ont cependant souffert assez gravement de diarrhée et de dysenterie, et un certain nombre de cas de syphilis contractée auprès des femmes indigènes devaient amener à faire consigner les quartiers suspects. R. LONGUET.

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

PRÉAMBULE.

La science obstétricale, d'une importance longtemps contestée en France, malgré la valeur personnelle et les travaux des éminents représentants qu'elle n'a cessé d'avoir, n'est plus reléguée au deuxième ou troisième plan.

Sous l'influence des maîtres dont nous parlons, et par un concours de circonstances difficiles à analyser, mais dans lequel on doit tenir grand compte des talents individuels, une jeune école s'est formée, plus immédiatement inspirée par le chirurgien en chef de la Maternité, M. Tarnier. Ses élèves, devenus maîtres à leur tour, dans des cours particuliers et publics, très suivis, ont déterminé un mouvement général des esprits, une sorte d'entraînement vers la science des accouchements. L'enseignement du docteur Pinard, le plus ancien des jeunes maîtres dont nous parlons, celui qui a donné l'impulsion, enseignement clair, méthodique, brillant, éliminateur de tout ce qui est secondaire au point de vue pratique, allant droit au but, gravant dans l'esprit de l'auditeur par une image frappante ce qu'il est essentiel de savoir, attira de nombreux étudiants et de jeunes docteurs auxquels une courte expérience, ou la connaissance de ce qui se fait à l'étranger et l'impossibilité de s'expatrier pour étudier, avaient appris que s'il suffit d'avoir lu le traité de Cazeaux pour passer un examen, cela ne suffit plus pour exercer un art où les responsabilités sont grandes. Au docteur Pinard s'adjoignit le docteur Budin qui lui succéda et fut son héritier direct par la méthode, par la conviction dont son enseignement firent preuve. Par ces qualités et par d'autres qu'un labeur opiniâtre lui fit acquérir, il sut conserver et entretenir les auditoires de son prédécesseur, et faire, comme lui, des prosélytes. Une des circonstances, dont nous parlions, vint donner une preuve plus retentissante du mouvement des esprits vers l'obstétrique. Un certain nombre de places ayant été mises au concours d'agrégation, l'affluence de la province fut grande, et plusieurs docteurs différemment doués et instruits, mais tous actifs d'esprit vinrent se disputer les places. La plupart d'entre eux trouvèrent dans le docteur Budin, qui concourait lui-même et faisait encore des cours particuliers, une aide efficace, et furent séduits par les qualités que nous avons mentionnées. Le docteur Ribemont était alors adjoint au docteur Budin, comme celui-ci avait été adjoint au docteur Pinard. D'autre part, dans des cours particuliers ou dans le concours d'agrégation se signalèrent des travailleurs émérites qui, pour ne pas relever directement de l'école dont nous indiquons le développement, n'avaient pas moins subi son influence. L'un deux est aujourd'hui accoucheur des hôpitaux, c'est le docteur Porak.

En effet, il y a maintenant des accoucheurs des hôpitaux. Il appartient à ces nouveaux venus d'obtenir une réforme urgente, celle des services hospitaliers. Il faut créer des services antiseptiques, des pavillons d'isolement. Une femme et un enfant valent bien, surtout dans un pays où la population tend à décroître, qu'on mette à leur disposition le dévouement et l'habileté de praticiens spéciaux, et qu'on les garantisse contre l'infection. Les statistiques à ce sujet sont éloquentes, et quand on pense qu'elles parlent depuis plus de vingt ans, que la cause de cette effrayante mortalité est connue depuis un temps presque aussi long, et que nous savons comment la faire disparaître, on est stupéfait de voir à quel point sont justifiées les idées de l'étranger sur l'administration française, cette puissante force d'inertie contre laquelle se heurte le progrès.

Il appartient donc aux nouveaux accoucheurs des hôpitaux d'obtenir ce que réclame le plus élémentaire des sentiments d'humanité, et, s'ils y parviennent, ce sera le meilleur titre de gloire de cette jeune école à laquelle son principal directeur a ouvert la voie et montré ce que peut la persévérance, comme nous le rappelions dans notre article sur le *Traité de l'art des accouchements* de Tarnier et Chantreuil. Que cet exemple, et d'autres encore, tels que celui de l'un des plus distingués collaborateurs de l'UNION, M. Siredey, le plus vaillant défenseur de la doctrine des contagions, les encouragent et leur apprennent à ne point se lasser.

Ce préambule était nécessaire pour expliquer au lecteur ce que nous voulons lui donner sous le nom de *mèmorandum obstétrical.*

Nous avons été mêlé dès l'origine à ce mouvement des esprits vers l'obstétrique; nous l'avons suivi avec le plus vif intérêt dans tout ce qu'il a de noble et d'élevé, de vraiment digne des intérêts scientifiques et humanitaires. Nous pouvons dire de lui : *Cujus pars parva fui.* Nous avons le désir de faire profiter le lecteur de ce que nous avons acquis de cette façon, de le tenir au courant de ce qui se fait et de ce qui se fera. Ce n'est pas un travail bibliographique. La bibliographie obstétricale a déjà et continuera d'avoir sa place à part dans ce journal. Ce n'est pas davantage un travail original que nous nous proposons de faire. Dans ce memorandum, destiné comme son nom l'indique à remémorer les connaissances obstétricales indispensables au praticien, nous mettrons largement à contribution l'enseignement dont nous avons raconté l'origine et le brillant développement. Si nous réussissons au gré de nos désirs, on pourra juger des qualités méthodiques et synthétiques de cet enseignement dont nous avons dit qu'il s'attachait exclusivement aux intérêts du praticien. Cela ne nous empêchera pas, bien entendu, d'y mêler ce que l'expérience personnelle a pu nous apprendre, et nous nous réservons le droit de redire et de nous contredire puisqu'il n'y a point de progrès sans cette condition. Dans l'enseignement il faut se répéter, et lorsqu'on s'est trompé il faut l'avouer. Cette probité intellectuelle est une garantie de l'esprit qui anime l'écrivain ou le professeur en matière de science. Notre prochain memorandum sera consacré à la fécondation.

Dr H. STAPFER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

SOMMAIRE. — Présentations. — Discussion sur le traitement du tétanos traumatique. — Rapport sur une observation de fibro-lipome de la main. — Rapport sur un mémoire relatif à l'emploi de la ligature élastique pour le traitement de la fistule à l'anus ; discussion. — Présentation de malade : Conicité physiologique du moignon.

La Société de chirurgie a fait aujourd'hui sa rentrée et repris le cours de ses séances interrompues pendant un mois et demi par les vacances.

M. LE PRÉSIDENT Léon Labbé déclare la séance ouverte;

M. PÉRIER, secrétaire annuel, lit le procès-verbal de la dernière séance;

M. P. HORTELOUP, secrétaire général, dépouille la correspondance.

— M. VERNEUIL offre en hommage un volume nouveau de ses *Mémoires de chirurgie*, en cours de publication. Le volume qu'il présente aujourd'hui contient les études sur les *États constitutionnels et le traumatisme.*

— M. TERRIER dépose sur le bureau le 1er fascicule du tome IIIe du *Traité de pathologie chirurgicale* de Jamain, remanié par lui.

— M. Léon LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Coyne, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, l'article *Oreille* (anatomie, physiologie et pathologie), extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

— M. BERGER, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion qui eut lieu dans cette séance, sur le traitement du tétanos traumatique grave, dit qu'il a observé, en 1877 ou 1878, un cas de tétanos traumatique qu'il a traité et guéri par l'amputation du membre qui était le siège du traumatisme. C'était un cas de tétanos appartenant à la catégorie de ceux qui déterminent presque fatalement la mort.

On a remarqué, en effet, que la gravité du tétanos est le plus souvent en rapport avec la gravité du traumatisme, et, en outre, que les tétanos qui s'accompagnent d'emblée d'accès intermittents ou rémittents sont plus graves que les autres. Or, le cas observé par M. Berger réunissait tous ces caractères.

Il s'agit d'un individu qui avait reçu à la main un coup de feu ayant produit des délabrements considérables dans tout le côté cubital de la main et du poignet. On appliqua le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin. Les choses semblèrent très bien aller tout d'abord, mais, au bout de quelques jours, se manifestèrent des spasmes limités aux muscles du membre blessé, puis du trismus, de l'opisthotonos, enfin des accès convulsifs qui, partant du membre blessé, s'étendaient à la totalité du corps.

Un matin, à la visite, M. Berger trouva le malade dans un état extrêmement alarmant. Le trismus et l'opisthotonos étaient complets; il avait en outre des accès de spasmes généralisés extrêmement fréquents, des contractions toniques du diaphragme qui menaçaient de faire périr brusquement le malade par asphyxie, enfin des intermittences cardiaques très fréquentes et très inquiétantes.

M. Berger enleva aussitôt l'appareil ouaté ; à peine le pansement était-il ôté qu'un os du carpe, détaché de ses connexions avec les autres, fut expulsé au dehors par une convulsion.

Dans l'état presque désespéré où se trouvait le malade, M. Berger crut devoir tenter de le sauver par l'amputation du membre qui était le point de départ des accidents convulsifs. Il pratiqua séance tenante la désarticulation du coude et prescrivit une dose de chloral de 10 à 12 grammes à prendre en lavements en vingt-quatre heures. Dès que l'opération eut été pratiquée, les attaques de spasmes généralisées cessèrent immédiatement, comme par enchantement ; le trismus et l'opisthotonos persistèrent, puis celui-ci disparut au bout de quelques jours et il ne resta que le trismus qui persista plus longtemps et cessa à son tour. Mais il y eut encore pendant plusieurs mois après la guérison de la plaie d'amputation une contracture des muscles du bras atteint de traumatisme. Le malade finit par guérir complètement.

M. Berger croit devoir attribuer la guérison, non au chloral, mais à l'amputation, car dans d'autres cas analogues où il s'était borné à donner le chloral, les malades ont succombé.

Dans un cas de fracture compliquée de la jambe qui lui avait été confié par M. Verneuil, le tétanos s'étant déclaré vers le onzième jour, M. Berger institua la médication au chloral qui amena la cessation des spasmes généraux sans faire toutefois disparaître le trismus ; dès que l'on cessait le chloral, les accidents reparaissaient dans leur forme la plus grave ; il fallut donc continuer le chloral, mais alors le malade perdit l'appétit et tomba dans un affaiblissement progressif qui se termina par la mort.

M. Berger conclut de ces faits que, dans les cas de tétanos qui ont, dès le début, une grande gravité, le chloral demeure insuffisant, tandis que l'amputation peut, comme dans l'observation ci-dessus, faire cesser les accès convulsifs et amener la guérison des malades. Lors donc que le traumatisme est assez grave pour que les fonctions du membre soient sérieusement menacées, il vaudrait mieux, dans les cas de tétanos, au lieu de chercher à conserver le membre, pratiquer dès le début l'amputation, en ayant soin de la faire assez loin du siège du traumatisme.

M. Th. Anger a observé ces jours derniers, à l'hôpital Cochin, un enfant qui avait eu la main prise dans un engrenage et complètement broyée. Un jour en revenant des cabinets qui, à l'hôpital Cochin, sont malheureusement exposés à des courants d'air funestes, il fut pris de contracture, d'opisthotonos et de pleurostotonos, puis de trismus qui furent vainement combattus par les lavements de chloral et les injections sous-cutanées d'ésérine. Le chloral faisait cesser momentanément les convulsions, mais, au bout d'une heure, elles revenaient avec plus de violence. Le petit malade a fini par succomber ce matin même et l'autopsie n'a pu encore être pratiquée.

Ce fait démontre donc une fois de plus que le refroidissement par un courant d'air peut, dans les cas de traumatisme, provoquer le tétanos.

M. Desprès demande à M. Anger de vouloir bien, dans cette autopsie, faire des recherches sur le grand sympathique dont on a, dans ces derniers temps, signalé l'altération produite par le tétanos. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital Cochin, M. Desprès, malgré les courants d'air dont a parlé M. Anger, n'a eu que cinq cas de tétanos dont quatre ont été suivis de mort et un seul de guérison. Dans l'un de ces cas, la blessure était semblable à celle des malades observés par MM. Berger et Anger, c'est-à-dire qu'elle consistait en un écrasement de la main. On a remarqué que les traumatismes des doigts, particulièrement du petit doigt et du pouce (luxations et blessures), donnent beaucoup plus souvent naissance au tétanos que les plaies des autres régions. Le malade de M. Desprès, comme celui de M. Anger, a été pris de tétanos à la suite d'un refroidissement. L'influence de cette dernière cause a été depuis longtemps signalée par Larrey. M. Desprès a observé, dans la dernière guerre, des faits qui lui ont semblé démontrer l'influence prépondérante du froid humide et particulièrement des brusques changements de température. Il importe donc, suivant lui, de se mettre en garde contre cette

cause de tétanos et de prendre les précautions nécessaires pour empêcher les blessés de se refroidir.

M. Lucas-Championnière admet l'influence du refroidissement comme cause du tétanos, mais là n'est pas la seule cause de cette maladie. Pendant la dernière guerre, il a eu à soigner des blessés qui étaient placés, à ce point de vue, dans les conditions les plus mauvaises et cependant il ne s'est pas produit, parmi eux, un seul cas de tétanos. Quant à l'influence de la nature du froid, selon qu'il est sec ou humide, M. Lucas-Championnière pense qu'elle est égale dans les deux cas.

M. Terrier estime, comme M. Lucas-Championnière, que le froid humide et les brusques changements de température ne sont pas la seule cause du tétanos. Il a eu à soigner, à Nogent-le-Rotrou, un étudiant en médecine, interne à l'hôpital Saint-Antoine, atteint de fracture compliquée de la jambe. Malgré une température constante de 18°, qui fut soigneusement entretenue sur sa recommandation expresse, dans la chambre du malade auprès duquel se relevaient, à tour de rôle, tous ses camarades de l'hôpital, il ne fut pas possible d'éviter le tétanos. Il y a donc très probablement, à cette maladie, une autre cause que le refroidissement.

— M. le Président déclare une vacance de place de membre titulaire ; tous les chirurgiens qui voudraient se porter candidats, y compris ceux qui ont déjà fait acte de candidature, devront adresser dans le courant du mois une lettre au président, en y joignant la liste de leurs travaux.

—

M. Desprès lit un rapport sur une observation de lipome fibreux de la paume de la main, adressée par M. le docteur Moulinié (d'Excideuil).

Lorsque M. Moulinié fut consulté par le malade, la tumeur datait de deux ans; dans les derniers temps, elle s'était enflammée, était devenue douloureuse et avait notablement augmenté de volume. M. Moulinié en pratiqua l'ablation après éthérisation locale et application de la bande d'Esmarch. Elle était constituée par une réunion de pelotons adipeux hypertrophiés et mélangés avec des tractus fibreux en quantité beaucoup plus considérable que n'en présentent les lipomes ordinaires. L'opération a été suivie d'un succès complet.

M. le rapporteur rappelle que l'existence de cette variété de lipome a été établie par des observations dues à divers chirurgiens : MM. Boinet, Trélat, Tillaux, etc. M. Notta (de Lisieux), dans ces derniers temps, a présenté à la Société de chirurgie un lipome de même genre dont il avait pu faire le diagnostic avant l'opération. En tout six cas auxquels on peut en ajouter un septième que M. Desprès a eu l'occasion d'observer.

M. Desprès entre dans quelques détails relatifs au diagnostic différentiel entre le lipome fibreux, le lipome simple et le kyste à contenu hordéiforme, toutes ces tumeurs ayant pour caractère commun l'existence d'une crépitation toute particulière due à la collision, soit des pelotons cellulo-graisseux, soit des grains hordéiformes; elles se différencient par d'autres caractères, tels que la marche et la durée de la maladie, son indolence ou l'existence de la douleur, la rapidité plus ou moins considérable du développement de la tumeur, etc. Il termine en proposant de publier l'observation de M. Moulinié dans les *Bulletins.* (Adopté.)

M. Théophile Anger appelle l'attention sur la confusion qui a été souvent faite entre les kystes hordéiformes du poignet et les lipomes développés au niveau du ligament annulaire du carpe. Du reste, toutes les opérations pratiquées pour l'extirpation de ces tumeurs sont suivies de succès, bien qu'elles se fassent dans le voisinage des gaînes tendineuses.

M. Pozzi signale une variété de lipome tout à fait particulière et qui a également son siège à la paume de la main, au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne; cette variété de lipome est désignée sous le nom d'angiolipome parce qu'elle participe des caractères du lipome et de l'angiome; elle est constituée en très grande partie par du tissu graisseux, mais elle contient également un tissu analogue à celui des nœvi et se mélange parfois de petites concrétions calcaires.

On a beaucoup discuté sur l'existence du lipome de la plante du pied; elle a été niée par Broca, mais elle ne saurait être révoquée en doute, et l'on doit admettre deux sortes de lipomes de la plante du pied, l'un profond et sous aponévrotique, l'autre superficiel et adhérent à la peau dont il fait partie.

— M. Lucas-Championnière lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Queirel (de Marseille) sur l'emploi de la ligature élastique dans le traitement de la fistule à l'anus. Ce mémoire contient cinq observations de fistules à l'anus traitées par la ligature élastique, et malgré leur petit nombre, ces observations ont paru à M. le rapporteur constituer des arguments sérieux en faveur de cette méthode opératoire.

Le temps n'est plus où, dans un esprit d'exagération regrettable, on avait proposé d'étendre la ligature élastique à toutes sortes d'opérations, même à l'amputation de la cuisse. Toute cette exagération est aujourd'hui tombée et cette méthode est réduite à un petit nombre d'opérations, parmi lesquelles peut légitimement prendre place l'opération de la fistule à l'anus.

Bien qu'il n'approuve pas toutes les conclusions que M. Queirel a cru devoir tirer des faits qu'il a observés, M. Lucas-Championnière trouve que ces conclusions sont légitimes à beaucoup d'égards.

M. Queirel dit que la ligature élastique est exempte de danger, même quand la fistule remonte très haut; ce mode opératoire donne naissance à très peu de complications, tandis que l'opération avec le bistouri et assez souvent suivie d'infection purulente, de phlegmon, de récidive, etc. — La ligature élastique met à l'abri de l'hémorrhagie; elle ne provoque jamais de réaction inflammatoire, d'inflammation de voisinage; il n'y a jamais de récidive; la cicatrisation se fait des parties profondes à la peau, à la condition que la fistule ait été explorée avec soin et que chaque diverticule ait été étreint avec un fil spécial. Les malades peuvent vaquer à leurs occupations le jour même de l'opération ou quelques jours après; en outre l'opération ne détermine pas ou presque pas de douleur et l'on peut, dans certains cas, se dispenser d'employer le chloroforme.

Enfin, un état diathésique, ou un état général mauvais ne serait pas une contre-indication de l'opération. M. Lucas-Championnière dit avoir pratiqué, dans le courant de l'année, un certain nombre de fois l'opération de la fistule à l'anus par la ligature élastique. Dans un certain nombre de cas, l'opération s'est faite sans douleur; dans d'autres elle a été accompagnée d'une douleur plus ou moins vive; une fois la douleur a été d'une acuité extrême. Il a paru à M. Lucas-Championnière que ce phénomène était en rapport avec le volume du fil élastique employé et que plus le fil avait un diamètre considérable, plus la douleur était intense. Il faut se servir d'un fil plein de très petit calibre. M. Queirel a montré, après M. Simon, qu'il n'est pas nécessaire pour le succès de l'opération de serrer fortement le fil et qu'une constriction modérée suffit pour amener la division du trajet fistuleux. Le fil coupe les tissus et derrière lui, la cicatrisation s'opère. M. Lucas-Championnière a observé, contrairement à l'opinion de M. Queirel, que si on laisse marcher les malades immédiatement après l'opération il se manifeste une douleur plus ou moins intense. Il est d'avis de laisser les malades au lit pendant les premiers jours qui suivent l'opération et de leur donner chaque jour un bain.

En terminant, M. le rapporteur propose d'adresser à M. Queirel une lettre de remercîment et de déposer son mémoire aux *Archives*.

M. Verneuil proteste formellement contre l'adoption du procédé opératoire recommandé par M. Lucas-Championnière. Sans doute la ligature élastique peut trouver son application dans les cas de petites fistules sans profondeur, sans diverticulum, sans décollement de la peau; mais, en dehors de ces cas, elle doit être rejetée, et encore, même dans ces cas, ne présente-t-elle aucun avantage sur le thermo-cautère, méthode opératoire si simple, si facile et si efficace.

M. Verneuil partage entièrement l'avis de ceux qui rejettent absolument le bistouri dans l'opération de la fistule à l'anus. En effet, le bistouri est une cause de complication, d'hémorrhagie, d'érysipèle et d'autres accidents plus ou moins graves.

M. Verneuil rejette également l'écraseur dont l'emploi expose aux mêmes accidents que le bistouri et qui, dans un cas où il avait eu recours à cet instrument sur un malade de l'Hôtel-Dieu, faillit faire périr le malade d'hémorrhagie. Il leur préfère de beaucoup le thermo-cautère qui convient à tous les cas de fistules grandes ou petites, qui ne donne jamais lieu à l'hémorrhagie et prévient les récidives infiniment mieux que la ligature élastique. En effet, les récidives proviennent le plus ordinairement d'une opération incomplète, et la ligature laisse toujours quelque chose d'incomplet, à moins de placer autant de fils qu'il existe de diverticules et de compliquer ainsi considérablement l'opération.

Quant à la douleur, elle a toujours été très vive dans tous les cas où M. Verneuil a essayé d'appliquer la ligature élastique. Ses malades ont tous accusé de violentes douleurs et une pauvre femme, tuberculeuse à la vérité, est morte cinq ou six jours après l'opération, épuisée par de cruelles insomnies et d'atroces souffrances. On a allégué en faveur de la ligature élastique qu'elle dispense de la mèche que l'on avait autrefois l'habitude de placer, après l'opération avec le bistouri, dans le trajet fistuleux; mais il y a vingt-cinq ans déjà que M. Verneuil a proscrit, pour sa part, de l'opération de la fistule, le détestable emploi de la mèche.

Enfin le thermo-cautère est, suivant M. Verneuil, de beaucoup préférable à la ligature élastique et aux autres procédés, dans les cas de fistule à l'anus chez les albuminuriques, chez les individus ayant la goutte ou la gravelle et dont les urines sont chargées d'acide urique, enfin chez tous les malades en puissance de diathèse.

En résumé, M. Verneuil ne reconnaît à la ligature élastique aucun avantage sur les procédés

modernes pour l'opération de la fistule anale ; il lui trouve, au contraire, les inconvénients les plus graves, surtout quand il s'agit de fistule à diverticulum multiples, à tissus épais, durs et résistants ; ce procédé ne peut, en aucune manière, entrer en parallèle avec le thermo-cautère qui est la méthode par excellence pour la simplicité, l'efficacité et surtout par l'absence complète de douleur. Dans tous les cas, M. Verneuil conseille de ne pas laisser les opérés se lever trop tôt, ni vaquer à leurs occupations dans les premiers jours qui suivent l'opération.

M. Marc Sée fait remarquer que les récidives, après les opérations de la fistule à l'anus tiennent à l'état plus ou moins complexe des trajets fistuleux dont quelque diverticulum aura échappé à l'action de l'instrument. C'est l'inconvénient de la ligature élastique de ne pouvoir que très difficilement embrasser tout le champ opératoire, toute l'étendue des trajets ; mais l'avantage de cette méthode est d'être extrêmement simple et de pouvoir, au besoin, remplacer les autres méthodes, dont on n'a pas toujours, particulièrement en ce qui concerne le thermo-cautère, l'outillage sous la main.

M. Marc Sée a fait la ligature élastique un très grand nombre de fois, et il a observé, contrairement à l'opinion de M. Queirel, qu'il était nécessaire d'opérer une constriction aussi forte que possible, ce qui se réalise facilement au moyen d'un fil élastique plein que l'on distend de manière à en augmenter cinq ou six fois la longueur. Cette constriction énergique ne détermine qu'une douleur en quelque sorte instantanée et opère une section beaucoup plus rapide des tissus. La ligature élastique ne produit pas d'hémorrhagie, tandis que le thermo-cautère et l'écraseur ne donnent pas toujours, suivant M. Sée, une plaie exsangue. M. Sée a employé plusieurs fois cette méthode chez des tuberculeux, et il a toujours obtenu le soulagement des malades.

M. Desprès demande la parole pour soutenir la cause de l'écraseur linéaire et du bistouri contre le thermo-cautère et la ligature élastique. Suivant lui, ces dernières méthodes ne donneraient pas du tout ce qu'elles semblent promettre, et, en particulier, ne mettraient nullement à l'abri de l'hémorrhagie. Le thermo-cautère produit des brûlures profondes et étendues et provoque des douleurs très vives, quoi qu'on en ait dit. M. Desprès donne la préférence à l'écraseur linéaire qui, à l'aide du chloroforme, donne en quelques minutes les meilleurs résultats opératoires, quelles que soient les conditions des fistules.

Dans les fistules peu profondes, le bistouri suffit parfaitement ; M. Desprès a pratiqué 220 fois sur 230 ou 240 cas l'opération de la fistule avec le bistouri par le procédé de Roger ; il n'a jamais eu d'hémorrhagie et n'a perdu qu'un seul malade mort d'infection purulente à l'hôpital Cochin. Il n'y a pas, suivant lui, de procédé plus rapide, plus facile et moins dangereux, à la condition, toutefois, de ne pas opérer les malades au pied levé et sans préparation. Il faut les préparer, au contraire, pendant huit ou quinze jours de repos, de cataplasmes, de lavements et de bains.

M. Desprès, en outre de ces 220 malades opérés avec le bistouri, a pratiqué dix ou douze opérations avec l'écraseur linéaire dans des cas de fistules profondes remontant au-dessus du sphincter. Dans aucun cas il n'a observé de récidives.

(La discussion sera continuée dans la prochaine séance ; M. Terrier a demandé la parole pour répondre à M. Desprès.)

— M. le docteur Kirmisson présente un malade qui offre un exemple type de l'état particulier du moignon que M. Verneuil a désigné sous le nom de *Conicité physiologique*. C'est un jeune homme de 20 ans, amputé de la jambe à l'âge de 4 ans et qui, depuis l'âge de 10 à 12 ans, a vu se produire, dans son moignon d'amputation, le phénomène de la conicité physiologique, par suite de la poussée osseuse déterminée par le développement du cartilage épiphysaire. L'observation de M. Kirmisson est renvoyée à l'examen d'une commission.

A. T.

CORRESPONDANCE

Paris-Vaugirard, le 3 octobre 1882.

Monsieur le rédacteur,

La relation de la cause de la mort de M. Hillairet m'a d'autant plus frappé que tout récemment, le 30 septembre, un de mes clients est mort sous mes yeux dans des conditions presque identiques.

Le 29 septembre, je suis appelé auprès de M. Pierre Duval, âgé de 57 ans, blanchisseur, de bonne santé habituelle, qui se plaignait de malaise stomacal. Quelques jours auparavant, M. le docteur Luys, l'éminent aliéniste, chez lequel il avait porté le linge, lui avait conseillé un

sinapisme au-devant de la poitrine. Je trouvai le malade sans fièvre, ne présentant rien à l'auscultation, la langue saburrale, et je me contentai de prescrire pour le lendemain trois verres d'eau d'Hunyadi-Janos. La nuit se passa bien, ainsi que la matinée. Vers midi, on vint me chercher, le malade se trouvant tout à coup plus souffrant.

A mon arrivée, je le trouvai couché, un peu pâle, sans oppression, se plaignant de douleurs très vives dans les mains et les avant-bras. Pas de fièvre; peau fraîche; pouls régulier, rien à l'auscultation. Le purgatif avait légèrement agi. Je commençais à écrire une potion calmante, quand les personnes présentes me font remarquer le changement des traits du malade. En moins de temps que je ne puis l'écrire, la face pâlit. Les membres supérieurs se raidissent; les pupilles se dilatent comme dans l'anesthésie prolongée par le chloroforme ou le protoxyde d'azote; une seconde d'immobilité, puis le visage devient d'un rouge violacé; les pupilles se resserrent; un spasme; la pâleur revient et la résolution complète arrive sans que tous les moyens rationnels tentés aient aucun résultat.

Je crois bien avoir eu affaire là à un accès d'angine de poitrine. Il n'y a pas d'antécédents, et je suis convaincu que notre très honorable confrère, M. le docteur Luys, a dû être très surpris de la mort de son blanchisseur.

Agréez, etc. D[r] H. COLLIN, ex-interne des hôpitaux.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA GALE. — KAPOSI.

Naphtol	15	grammes.
Savon vert	50	—
Craie blanche pulv.	10	—
Axonge	100	—

Mêlez. — Dans l'espace de 24 heures, on fait deux frictions énergiques avec cette pommade sur les points qui sont le siège habituel des acares, puis on enveloppe les malades dans des couvertures de laine, ou bien on leur fait porter une chemise et un pantalon de laine. Cette pommade détruit rapidement les sillons, dessèche les pustules et les surfaces eczémateuses, n'a presque pas d'odeur et ne tache pas le linge. — N. G.

COURRIER

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Ce concours a commencé hier lundi à midi. Le sujet de la composition écrite était: *Nerfs récurrents; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire.*

Le jury est ainsi composé: MM. Hervieux, Potain, d'Heilly, Raymond, Félizet, Polaillon, Reclus.

PROMOTIONS. — Par décret en date du 27 septembre 1882. M. le docteur Geoffroy (Bruno-Victor-César) a été promu au grade de médecin principal de la marine.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Le lundi 4 décembre 1882, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour trois places d'élèves internes.

Le lundi 18 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour six places d'élèves externes.

Les internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux.

Ils recevront un traitement de: la première année, 360 fr.; — la deuxième année, 420 fr.; — la troisième année et la quatrième année, 480 fr.

Les élèves externes recevront un traitement de 300 fr. par an.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 13 octobre 1882.

Ordre du jour: MM. Hallopeau et Tuffier: Sur un cas d'érythème exfoliant généralisé, survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — Communications diverses.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

La Société de chirurgie a repris le cours de ses travaux, et consacré ses premiers instants à une question grave, qu'elle avait effleurée avant d'entrer en vacances. Un cas de tétanos lui avait été soumis, où l'altération du grand sympathique était regardée comme la cause des accidents. Au lieu de suivre l'auteur dans la recherche des lésions anatomiques, la Société de chirurgie avait, comme il lui arrive presque toujours, oublié l'objet de la communication, et disserté sur le traitement. Peut-être faisait-elle bien, dans l'espèce, de ne pas trop s'occuper du grand sympathique. Peut-être même doit-on l'approuver en général, quand certaines communications provoquent des discussions où le point de départ est bientôt négligé, et qui se transforment ainsi en colloques plus animés, en débats plus utiles.

Quoi qu'il en soit, M. Paul Berger, à l'occasion du procès-verbal, est revenu sur le tétanos, et, d'une observation intéressante dont il a donné la relation, nous avons pu tirer de précieux enseignements. Deux faits se dégagent de son exposé : un tétanos grave, et qui sans aucun doute serait devenu mortel, s'est arrêté devant l'action thérapeutique ; d'autre part, le chloral étant devenu insuffisant, c'est à l'intervention opératoire que le mal a cédé ; l'amputation du membre a manifestement enrayé les symptômes.

Les faits de ce genre sont bons à publier, parce qu'ils rectifient ou complètent l'opinion sur le pronostic et le traitement de ce mal redoutable. En effet, même après les travaux publiés depuis la guerre de 1870, beaucoup de chirurgiens, sceptiques et résignés, pensent que le tétanos est rebelle à tous nos moyens d'action, et, habitués à ne diriger contre lui qu'une médication trop simple et d'avance frappée de nullité, ignorent l'heureuse influence que peut avoir un traitement rationnel et complexe.

On a beaucoup discuté sur les vertus du chloral et des autres agents. Le meilleur d'entre eux ne vaut rien, a-t-on dit; la maladie guérit quand elle veut guérir. Les tétanos aigus sont toujours mortels, voilà l'opinion de plusieurs maîtres autorisés ; quelques-uns même ajoutent que les lésions positives, les myélites observées dans des cas pareils, expliquent suffisamment l'incurabilité. Mais il y a là une exagération vérirable : nous avons cherché à établir (*Nature et Traitement du tétanos*, Revue des sciences méd., 1877 et 1878) qu'une myélite plus ou moins profonde est loin d'être constante, même dans les cas les plus graves ; que les lésions anatomiques de la moelle ne sont pas la condition nécessaire des phénomènes tétaniques ; que bien souvent on ne trouve à l'autopsie qu'une hyperémie légère, incapable de rien expliquer par elle-même, et qui, loin d'être la cause du mal, n'est que la suite et la traduction visible d'une irritation insaisissable des centres nerveux. Il n'est donc pas permis d'affirmer que le tétanos grave est, de sa nature même, incurable. Et la clinique, à son tour, n'autorise pas une opinion aussi désespérée ; car, s'il est le plus souvent impossible de toucher du doigt l'action des médicaments, beaucoup de faits la rendent probable, et on n'a pas le droit de la nier dans un cas donné de guérison. Si le chloral, par exemple, est administré dès l'origine et avec suite, comment dire ce qui serait arrivé sans lui, comment soutenir qu'on n'a pas tempéré l'allure d'un tétanos qui aurait suivi une marche rapide ? Dans le cas de M. Berger, il y a plus : le mal, qui avait débuté avec tous les signes du plus mauvais augure, s'est arrêté net après l'amputation du membre. Il est donc

avéré que le tétanos ne défie pas notre intervention d'une manière absolue ; quand il guérit, ce n'est pas toujours sans nous.

L'observation de M. Berger met aussi en lumière l'efficacité de l'amputation, après l'insuccès du chloral. Nous avons proclamé, dans le travail cité plus haut, l'obligation de combattre le mal en détruisant sa cause, l'irritation venue de la blessure, aussi bien qu'en cherchant à modifier les centres nerveux par un traitement médical.

Fondée sur la pathogénie, la double indication à remplir est de *supprimer l'irritation causale* et de *guérir le mal déjà fait.* Ainsi comprise, la thérapeutique du tétanos repose aujourd'hui sur les quatre points suivants : milieu, intervention chirurgicale, médication chloralique, agents auxiliaires.

La première pensée qui doit venir est de réaliser un *milieu* favorable. C'est la condition générale, nécessaire, trop souvent négligée, sans laquelle tous les traitements peuvent se trouver impuissants : laisser dormir les extrémités nerveuses loin de la lumière et du bruit, dans une température uniforme.

Cela fait, deux séries de moyens actifs se présentent, qui répondent aux deux indications principales. Loin de préférer l'une à l'autre, il faut les combiner : ne pas faire tout, c'est ne rien faire.

La *série chirurgicale* peut être ainsi résumée : Le chirurgien examine la blessure et y cherche la cause du mal ; un point très sensible de la plaie ou de la cicatrice, un « bourgeon tétanigène », un ongle incarné lui suffisent pour agir, il détruit ce foyer d'irritation, insignifiant en apparence. Quand l'intervention locale promet d'avoir quelque valeur, une opération plus grave est naturellement différée ; le lendemain au plus tard, si la maladie a marché, en même temps qu'on s'efforcera d'augmenter l'action du chloral, l'œuvre sanglante sera complétée en toute hâte. Choisir entre l'amputation, la névrotomie, l'élongation, c'est affaire de tact ; mais il faut agir, car les faits sont nombreux et démonstratifs depuis Larrey, où l'acte chirurgical a été la cause évidente de la résolution.

Série médicale : l'hydrate de chloral est administré par la bouche, à doses successives ; s'il y a dysphagie au début, si elle vient ensuite, par le rectum. Le chloral est aujourd'hui le meilleur des médicaments : il agit directement sur la puissance réflexe, il amène une sédation rapide, sans congestion des centres nerveux, sans période d'excitation préalable ; le sommeil n'est pas lourd, la nutrition n'est pas troublée, aucune méthode active n'a moins d'inconvénients et de dangers. Mais dans les cas intenses, il est plus faible que le mal ; aussi faut-il le soutenir en renouvelant les doses, et l'introduire au besoin par les injections intra-veineuses d'Oré, trop vite condamnées autrefois par la Société de chirurgie.

Quant aux *auxiliaires*, on peut les unir au chloral de parti pris et dès l'origine, ou plus tard, si son action périclite. On pensera au seigle ergoté, à la belladone, au jaborandi, avant tout aux sudorifiques, beaucoup moins à l'opium.

On ne saurait trop insister sur l'association du calme parfait, de la méthode chirurgicale, de la bonne administration du chloral. Aucune hiérarchie n'est à faire entre ces trois termes ; c'est leur union intime qui constitue, à l'heure actuelle, la meilleure thérapeutique. Peut-être verra-t-on la médication chloralique annihilée moins souvent par la violence des symptômes, quand on lui aura donné pour condition préalable et pour raison d'être, la suppression des influences périphériques qui viennent la contrecarrer, quand on aura franchement adopté un principe essentiel, celui de n'oublier aucune des indications tirées de la pathogénie, et de proportionner la vigueur du traitement à l'intensité du mal. Qu'on se décide à prendre les plus minutieuses précautions, à ne pas s'arrêter en chemin, qu'on se départisse enfin du laisser-aller que donne le scepticisme, et peut-être en viendrons-nous à ranger le tétanos parmi les maladies graves dont la science, toujours plus pénétrante, a heureusement modifié le pronostic.

L.-G. RICHELOT.

CLINIQUE CHIRURGICALE

LE SPASME DE L'OESOPHAGE CONSÉCUTIF A UN TRAUMATISME,

Par A. COURTADE, interne des hôpitaux.

Le spasme de l'œsophage s'observe surtout chez les hystériques ou les hypochondriaques. Mais en dehors de ces états névropathiques, il peut être occasionné par une multitude de causes : les affections vives de l'âme comme la colère ou la frayeur, les passions tristes, un courant d'air froid, ou la déglutition d'un liquide froid quand le corps est en sueur, enfin l'ingestion de certaines substances telles que la jusquiame, l'arsenic, les champignons peuvent être suivis de spasme œsophagien. D'autres fois, l'œsophagisme est un acte réflexe dont le point de départ est une affection intéressant un organe plus ou moins éloigné de l'œsophage, comme l'estomac, l'intestin (vers intestinaux), le larynx, l'utérus : une éraillure ou une ulcération de la muqueuse œsophagienne peut donner lieu à la contraction spasmodique de ce canal.

Enfin il est des cas, rares à la vérité, où le spasme de l'œsophage reconnaît pour cause un coup ou une chute. En voici deux exemples :

Un jeune homme de 26 ans reçoit un coup violent à l'épigastre. Cinq heures après, il veut boire un verre d'eau sucrée, mais la déglutition est impossible et il se déclare aussitôt des contractions spasmodiques de la gorge qui l'empêchent d'avaler et d'articuler un seul mot.

Dans ce cas, le spasme siège au pharynx et non à l'œsophage, mais la similitude des accidents nous l'a fait rapprocher de l'observation suivante ; d'ailleurs la physiologie pathologigue est aussi obscure dans l'un que dans l'autre cas.

Jean G..., âgé de 32 ans, exerçant la profession de cultivateur dans le département de l'Allier, entre le 24 août dans le service de M. le professeur Verneuil, suppléé par M. Reclus.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : père mort à l'âge de 45 ans d'une affection de poitrine dont la durée n'a pas été moindre de deux ans.

A l'âge de 55 ans, sa mère a été frappée d'aphasie pendant un an, mais elle avait été guérie ; un peu plus tard, une nouvelle aphasie, mais plus complète que la première, se déclara ; enfin elle succomba, quelques mois après, d'une affection de poitrine consécutive à un refroidissement. Quant à notre malade, il est d'une forte constitution et n'a jamais fait de maladies.

Le 1er août 1879, il fit une chute d'une hauteur de 3 mètres environ et tomba sur un mur de 1 mètre d'élévation et de là sur le sol ; il se rappelle très bien que ce fut la tête qui heurta la première les pierres. Immédiatement après l'accident, il perdit connaissance et fut transporté chez lui ; il eut du délire et il ne recouvrit complètement son intelligence qu'au bout de trois ou quatre jours ; pendant sa maladie, on lui avait posé 16 sangsues et il avait été nourri avec la sonde œsophagienne.

A ce moment, il éprouva une douleur à la gorge. Un médecin pratiqua, dit-il, des tractions sur la tête pour « remettre les choses en place ».

Depuis l'accident, il n'a jamais pu avaler et on était obligé de le nourrir avec la sonde ; il n'a jamais été paralysé à la suite de sa chute.

Voyant qu'il n'y avait aucune amélioration, il se décida à venir à Paris et entra à la Pitié, le 24 août.

Son état est le suivant : homme de taille moyenne, facies amaigri et fortement hâlé ; il est affecté de sa maladie.

L'examen le plus scrupuleux ne fait découvrir aucune saillie ou dépression anormale de la colonne vertébrale ; point de douleur localisée à la pression ; aucun signe de syphilis.

L'examen de la cage thoracique et des organes qui y sont contenus ne donne aucun renseignement sur la cause de la dysphagie : point d'anévrysme, ni de tuméfaction ganglionnaire ; le malade ne tousse pas.

L'exploration du pharynx avec le doigt permet de constater son insensibilité complète, de sorte que le doigt poussé aussi loin que possible ne provoque pas de réflexe ; on ne trouve aucune saillie anormale dans cette cavité.

L'exploration avec le cathéter à boule donne les renseignements suivants : en introduisant le cathéter muni d'une olive de 12 millimètres de diamètre, on sent un arrêt, mais l'obstacle

se laisse franchir avec assez de facilité; il siège à 15 centimètres de l'arcade dentaire; l'obstacle franchi, le cathéter pénètre sans aucun effort jusque dans l'estomac. En le retirant lentement et avec précaution, le talon de l'olive est arrêté à 19 centimètres des dents incisives et il suffit d'une traction légère pour le retirer complètement. L'obstacle siège donc à l'origine de l'œsophage et présente une étendue de 4 centimètres.

M. Reclus, s'appuyant sur l'insensibilité du pharynx et sur la facilité avec laquelle passait l'explorateur en pressant un peu, diagnostiqua un spasme de l'œsophage.

On introduit une potion avec 5 grammes de bromure de potassium dans l'estomac; il est nourri avec la sonde : vin, potages, lait.

29 août. Il est encore impossible au malade d'avaler malgré les efforts. L'exploration confirme les renseignements précédents.

30 août. M. Reclus prit un verre de vin et obligea le malade à boire en maintenant le verre à sa bouche; après des efforts considérables, le malade parvint à déglutir la plus grande partie de la première gorgée de liquide; une nouvelle gorgée fut avalée en partie.

Le même soir, le malade put prendre son potage en faisant quelques efforts et en mettant le temps nécessaire.

31 août. La dysphagie a disparu à peu près complètement; le malade peut même avaler des aliments solides après une longue mastication et en ayant la précaution de prendre à chaque bouchée un peu de liquide.

Le soir, il mange presque sans difficulté son potage.

1er septembre. Le malade demande sa sortie, car il peut, bien qu'avec un peu d'effort, se nourrir comme tout le monde.

Ce cas semblait assez embarrassant au premier abord; car l'apparition subite de la dysphagie après une chute d'un lieu assez élevé, l'impossibilite acquise par le malade d'avaler quoi que ce soit, malgré de grands efforts, faisaient craindre une lésion de ce conduit ou des centres nerveux.

Mais l'examen méthodique permit bientôt de rejeter toutes ces présomptions; il n'existait point de phénomènes cérébraux ou médullaires; nulle part anesthésie ou parésie dans les membres, intégrité parfaite de l'intelligence; la colonne vertébrale, qui fut l'objet de tentatives de réduction de la part d'un médecin de campagne qui avait cru reconnaître une luxation, ne présentait rien d'anormal.

Enfin le cathéter auquel est vissée une olive de 12 mill. de diamètre est arrêté à l'origine de l'œsophage, mais il suffit d'attendre quelques secondes ou d'exercer une pression un peu forte pour passer outre; le spasme qui se produit dans l'étendue de 4 centimètres est constant comme siège; l'exploration donne toujours les mêmes résultats. Quelle est la pathogénie de ce spasme?

Est-il produit par l'émotion violente qu'a éprouvée le malade en faisant une chute qui pouvait être mortelle?

Est-il le résultat d'une éraillure de la muqueuse produite par le cathétérisme maladroit auquel le malade a été soumis pendant les premiers jours de l'accident?

Enfin, ce qui n'est point démontré, une chute peut-elle occasionner des troubles fonctionnels dans un organe par l'effet de la commotion qu'il a subie?

Nous nous rangeons volontiers à la première hypothèse qui a pour elle des faits nombreux, et, dans le cas particulier, la facilité avec laquelle le spasme a cédé à une contrainte morale.

Combien sont nombreux les cas où des personnes mordues par un chien qu'elles croient enragé sont prises de spasme pharyngo-œsophagien, qui disparaît aussitôt qu'on leur démontre qu'il n'y a rien à craindre.

L'imagination joue donc parfois un grand rôle dans la production de l'œsophagisme. Boyer parle d'une femme hystérique qui, depuis trois mois et après avoir ressenti quelques picotements et de la douleur en mangeant un morceau de poulet, n'avait osé avaler aucun aliment solide, par la crainte d'être étranglée. Zimmermann cite un prêtre dans la trachée-artère duquel quelques gouttes de bouillon tombèrent et qui, depuis ce moment, ne put, malgré les plus grands efforts, avaler une seule goutte d'un liquide semblable.

A quoi doit-on attribuer la disparition si rapide de l'œsophagisme? Est-ce au

cathétérisme explorateur que l'on a pratiqué dès l'entrée du malade à l'hôpital, ou à la potion de bromure de potassium qui n'a été administrée qu'une seule fois?

Peut-être ces moyens occupent-ils une certaine place dans le succès, mais à eux seuls ils auraient certainement été impuissants. Ils ont préparé la voie, facilité la réussite du traitement moral.

Ce malade, qui a plusieurs reprises avait essayé d'avaler, n'a pu réussir parce qu'il croyait à l'existence d'un obstacle infranchissable, mais, dès qu'il a été persuadé, convaincu qu'il pouvait avaler en faisant des efforts, il a réussi.

Le bromure de potassium, bien que donné à faible dose, a pu faire diminuer le spasme, mais il ne l'a pas fait disparaître; j'en dirai autant du cathétérisme. Sans doute, ces moyens employés pendant longtemps ont donné des succès; je ne citerai que l'exemple rapporté dans la thèse de Roux (1872); un œsophagisme ancien qui avait résisté au bromure de potassium, au vésicatoire morphiné, disparut par le cathétérisme répété tous les jours; notre malade ne fut soumis à l'exploration que pendant deux jours seulement, ce qui était insuffisant pour attribuer l'amélioration à ce moyen.

Conclusions. — Un traumatisme portant sur la tête ou le thorax peut, chez un individu ne présentant aucune affection nerveuse antérieure, être suivi de spasme œsophagien.

Cet œsophagisme peut persister longtemps et disparaître sous l'influence des moyens médicaux ou chirurgicaux ou des deux combinés.

Enfin, le traitement moral peut faire disparaître rapidement la dysphagie œsophagienne spasmodique.

Congrès international d'hygiène de Genève

L'ÉTIOLOGIE ET LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — LA DÉSINFECTION DE LA CHAMBRE DES MALADES.

Doit-on considérer la fièvre typhoïde comme une affection parasitaire et admettre qu'elle n'est jamais ni spontanée, ni engendrée par l'action banale des circonstances extérieures? Telle est la question de pathogénie que posait M. le docteur Arnould. Certes, il est *rationnel* de répondre affirmativement. En cette matière, le raisonnement ne suffit pas, et avant de conclure définitivement, il faut attendre que les expérimentateurs se soient mis d'accord sur la nature du parasite typhogène et sur la transmissibilité aux animaux de la fièvre typhoïde de l'homme.

D'ici là, quelque vraisemblable que soit la théorie parasitaire, il convient de déterminer quels sont les milieux de conservation et au besoin de reproduction de cet agent typhogène. Le savant professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Lille, a méthodiquement énuméré les supports ou les véhicules qui servent à la transmission de la maladie; tels que le sol, l'air, l'eau, l'homme lui-même, les objets à son usage ou certains aliments. Parmi ceux-ci, le lait paraît être le plus important facteur de propagation de la fièvre typhoïde.

Enfin M. Arnould, examinant les conditions de réceptivité et d'épidémicité, arrive à cette conclusion que, géographiquement, la fièvre est ubiquitaire, et que, historiquement, elle est la maladie de notre siècle. Après cet exposé de nos connaissances actuelles sur l'étiologie de la dothiénentérie, il est facile de comprendre pourquoi sa prophylaxie ne saurait être spéciale. Aux milieux de conservation de l'agent typhogène, il faut donc opposer des mesures d'assainissement, c'est-à-dire prévenir l'imprégnation du sol par une propreté absolue des habitations et des voies publiques, par la suppression des récipients de matières fécales dans les maisons, par l'évacuation rapide et continue des eaux ménagères et des égouts, par d'abondantes distributions d'eau dans les villes, en un mot par tous les moyens destinés à prévenir l'infection du sol, du sous-sol et des habitations.

C'est encore à l'hygiène générale qu'on devra avoir recours pour diminuer la réceptivité de l'individu; enfin c'est aux médicaments désinfectants qu'on devra s'adresser pour combattre la maladie déclarée. Ces conseils sont sages, assurément, et d'autant plus utiles qu'ils sont en rapport avec les notions acquises sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. M. Arnould s'appuie

sur les faits et non sur des théories. Cette hygiène est donc pratique ; aussi cette communication a été l'une des plus importantes du Congrès de 1882.

Un autre savant médecin, M. le docteur Proust, a montré à son tour combien il serait téméraire de regarder comme résolue la question de l'origine parasitaire de la fièvre typhoïde. D'ailleurs, à ce point de vue, il serait indispensable d'établir scientifiquement et, ajoutons-nous, contradictoirement la valeur relative des théories tellurique et spécifique. Dans ce but, M. Proust demande la création d'une commission internationale ayant pour mission de fixer un plan uniforme de recherches. Il serait facile, à cet effet, de prendre pour point de départ le programme qui a été rédigé au nom du Comité consultatif d'hygiène de France. Il est vrai, a répondu M. Arnould, que la mise à exécution de ce vœu serait désirable ; mais pour en obtenir tous les résultats utiles, il faudrait rencontrer dans tous les pays une initiative plus grande que celle des Conseils d'hygiène de France. Ce motif est un des arguments en faveur de la création d'une Direction de la Santé publique. On ne peut donc que s'associer aux judicieuses réflexions de ces deux éminents hygiénistes et désirer de voir leurs projets entrer dans la période des réalisations. Les membres du Conseil municipal parisien qui assistaient au Congrès se feront, il faut l'espérer, les interprètes de ces vœux auprès des Corps politiques dont ils font partie.

La théorie tellurique de la fièvre typhoïde a trouvé un défenseur dans la personne de M. de Cérenville. Le médecin de l'hôpital de Lausanne a donné le récit d'une épidémie survenue à la suite de grands terrassements entrepris pour assurer a cette ville une abondante distribution d'eau potable. Depuis l'achèvement des travaux, la fièvre typhoïde est en décroissance. On pourrait se demander, pensons-nous, si la maladie est le fait seulement des mouvements de terrains, argument qu'on a invoqué aussi pour Paris, ou bien si la décroissance observée ne serait pas le résultat de l'amélioration dans le régime des eaux potables de la ville. C'est ainsi que M. de Cérenville signale la propagation de la maladie, soit sur le trajet d'un égout mal entretenu, soit à la suite d'une pollution accidentelle des eaux potables. Il y a déjà longtemps qu'une série de faits semblables ont été signalés et, dernièrement encore, notre estimé confrère, le docteur A. Hénocque, soumettait la même observation à la Société médicale du XVII[e] arrondissement de Paris. Ce savant médecin avait remarqué le fait sur un point du trajet des égouts de la place Pereire, quartier dans lequel il exerce depuis de nombreuses années.

Un autre partisan de la théorie tellurique, M. le docteur Soyka (de Munich), défenseur des idées de l'école de Munich, a invoqué à son tour l'influence de la diminution ou de l'accroissement des nappes d'eau souterraines sur les variations de l'endémie typhique. Il cite les exemples observés à Paris, à Munich et à Clermont-Ferrand.

Mais, suivant la remarque de M. Landowski (d'Alger), il faut reconnaître que les travaux d'assainissement des villes, que les défrichements et tous les terrassements, ont pour conséquence la mise à nu de matières organiques et probablement aussi de microbes spécifiques quelconques. On peut donc ici encore expliquer les endémies ainsi produites par la théorie parasitaire. Enfin, un vétérinaire, M. Duplessis (de Paris), en rappelant la découverte du microbe de la fièvre typhoïde du cheval, a déclaré que, à son avis, on pouvait espérer légitimement la découverte du microbe de la fièvre typhoïde de l'homme. Quel que soit l'optimisme de cette opinion, il ne faut pas oublier que M. Pasteur lui-même, examinant aussitôt après la mort le sang de huit typhiques du service de M. le docteur Proust, n'a pu constater l'existence d'un microbe spécial. Cette question est donc bien obscure, et suivant la judicieuse remarque de M. Proust, la richesse des microbes déjà décrits à l'appui de la théorie parasitaire en montre jusqu'ici la pénurie.

Que conclure de cette discussion ? Le sous-sol, le sol, l'air, tout ce qui nous entoure a été considéré comme le réceptacle ou l'origine de la redoutable maladie. Ne soyons donc pas plus parasitaires que M. Pasteur et reconnaissons, enfin, que le doute scientifique qui n'est pas, après tout, la négation systématique, conseille de s'abstenir de toute conclusion hâtive et d'observer en matière de prophylaxie typhoïde les règles d'hygiène générale, si bien établies par M. Arnould et tant d'autres éminents médecins.

A ce sujet se rattache la question de la désinfection de la chambre des malades à la suite des affections contagieuses, question qui a été l'objet d'un remarquable rapport de M. le docteur Vallin, dans la séance du 5 septembre de la deuxième section du Congrès. L'espace ne permet pas de reproduire dans ces colonnes le mémoire de l'éminent professeur du Val-de-Grâce. Il recommande l'élaboration par les pouvoirs publics de règlements de police assurant la désinfection de la chambre et des objets contaminés par toute personne atteinte des maladies suivantes : variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, fièvre typhoïde, typhus pétéchial, choléra, infection puerpérale. Ces dispositions ont pour conséquence la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, l'organisation d'un service spécial de désinfection et la

sanction de pénalités. Enfin, il serait important de distribuer avec profusion des avis brefs et précis faisant connaître aux personnes de la maison dans laquelle on a signalé des cas de maladies contagieuses, les mesures à prendre et les dangers à éviter, suivant que le malade est encore alité ou bien qu'il est guéri, ou bien encore après sa mort.

Ces mesures ne sont pas encore suffisantes d'après MM. Sonderegger et Ambhul (de Saint-Gall). Elles doivent être complétées par la désinfection du personnel qui approche les malades atteints d'affections contagieuses. Cette proposition et celle de M. Vallin beaucoup plus faciles à exécuter, ont été adoptées par le Congrès. Puissent-elles l'être aussi par les autorités qui ont pour mission de veiller sur la santé publique. Tel est le vœu de tous les médecins. En tout cas, de telles discussions rehaussent la dignité professionnelle, et le rôle si important et trop souvent méconnu du médecin dans la société. On ne peut donc que les applaudir. — C. E.

THÉRAPEUTIQUE

DU PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

Si la forme pharmaceutique de certains médicaments a son importance, on peut dir qu'elle est essentielle dans l'administration de la créosote du hêtre dont l'action sur la muqueuse du tube digestif est bien différente suivant l'état où la créosote est ingérée. Cette différence explique l'insistance toute particulière que MM. les docteurs Bouchard et Gimbert, ces éminents expérimentateurs de la créosote, mettent à nous indiquer ce qu'ils considèrent comme son mode d'administration spécial, le seul acceptable par l'estomac et compatible avec un traitement qui doit être longtemps continué.

« Les solutions seules, disent-ils, pouvaient nous permettre d'atteindre ce double but : les doses élevées et la longue durée de l'administration. En raison de ses propriétés irritantes, le médicament devait être à l'état de dilution étendue, ce qui nous mettait dans l'impossibilité de l'administrer en capsules. » Et leur *Note sur l'emploi de la créosote vraie dans le traitement de la phthisie pulmonaire* se termine ainsi : « Nous avons l'espérance que plusieurs phthisiques obtiendront une guérison sur laquelle on ne comptait pas et que la créosote vraie du goudron de bois, administrée suivant la méthode que nous avons formulée, à l'intérieur, à doses relativement élevées, pendant un long temps, pourra contribuer à ces guérisons sans provoquer les accidents auxquels expose un médicament aussi énergique, pourvu toutefois, — et c'est là le complément de la méthode, — que la créosote soit *complètement dissoute et fortement étendue.* »

Ces principes doivent être ponctuellement observés par le praticien dans l'administration de la créosote et certainement beaucoup de médecins n'ont pas obtenu, dans le traitement de la tuberculose, les résultats qu'ils attendaient de la créosote pour avoir fait usage de préparations où ce médicament se trouvait incomplètement dissous ou à l'état de solution insuffisamment diluée.

En ces dernières années, l'application de la créosote du hêtre s'est répandue dans les hôpitaux et a mis hors de contestation sa valeur thérapeutique. Mais la créosote ne doit pas faire abandonner les autres moyens et notamment le phosphate de chaux qui, par son effet réparateur sur les centres nerveux et par sa tendance à favoriser la transformation crétacée des tubercules, devient son adjuvant le plus énergique.

La créosote et le phosphate de chaux constituent, et ce cas nous est commun avec beaucoup de nos confrères, la base permanente de notre traitement de la tuberculose. Dans notre pratique journalière, nous avons adopté le Phosphate de chaux créosoté de L. Pautauberge dont la composition paraît établie sur des données absolument scientifiques. Le phosphate de chaux s'y rencontre sous sa forme la plus assimilable, à l'état de chlorhydro-phosphate. La créosote, complètement dissoute, se trouve largement étendue à la condition de donner le médicament de la manière suivante : une cuillerée à potage dans trois quarts de verre d'eau. La cuillerée contient 50 centigr. de sel calcaire et 10 centigr. de créosote, de sorte qu'en opérant suivant cette indication, on obtient une solution de créosote au 1/1500 environ ; une telle dilution est bien suffisante pour rendre la créosote complètement inoffensive et simplement astringente. La dose de Phosphate de chaux créosoté administrée à un adulte varie de 3 à 5 cuillerées à potage par jour ; aux enfants, de 3 à 5 cuillerées à dessert ou à café, suivant l'âge. Nous conseillons de sucrer la solution et d'employer l'eau à la température de la chambre. Les malades s'habituent rapidement au goût du Phosphate de chaux créosoté, et, à la suite d'un usage prolongé, cette solution de chlorhydro-phosphate de chaux et de créosote du hêtre donne, dans la tuberculose, des résultats vraiment satisfaisants. Chez la plupart des sujets soumis à son traite-

ment, la disparition des symptômes locaux et l'état général autorisent à considérer ces cas comme équivalant à des guérisons.

Docteur X...

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1882. — Présidence de M. HARDY.

M. LE PRÉSIDENT annonce que Mme veuve Woillez, conformément à un désir exprimé par son mari, a fait don à l'Académie du portrait de Louis.

M. BERGERON présente, au nom de M. Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, un volume intitulé : *Traité des désinfectants et de la désinfection.*

M. BROUARDEL présente, au nom de M. le docteur Leudet, professeur à l'École de médecine de Rouen, une brochure intitulée : *Recherches sur les accidents causés par l'empoisonnement saturnin chronique, à Rouen.*

M. J. ROCHARD présente, au nom de MM. Delrieu et Mourson, médecins de la marine, des rapports sur les vaccinations pratiquées en Cochinchine pendant les années 1881 et 1882.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Bertherand, d'Alger, une brochure intitulée : *Malaria et forêts en Algérie.*

—

M. YUNGFLEISCH, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

—

M. WEBER, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, lit en son nom et au nom de M. Thomas, pharmacien à Vincennes, un travail intitulé : *Note sur l'étoupe à pansement, purifiée et antiseptique.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, J. Rochard et Léon Labbé.

—

M. BOULEY présente, au nom de MM. Thiernesse et Degives (de Bruxelles), un travail manuscrit sur des expériences d'inoculation de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine par injection intra-veineuse. C'est une application nouvelle et heureuse du procédé de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, et qui leur a si bien réussi dans leurs expériences d'inoculation intra-veineuse du charbon symptomatique. Ce mode d'inoculation, dans les expériences de MM. Thiernesse et Degives, a donné lieu à une maladie d'une extrême bénignité; tous les animaux qui ont subi l'injection intra-veineuse de la péripneumonie contagieuse ont été réfractaires à l'injection du même virus dans le tissu cellulaire. Ils avaient acquis l'immunité absolue contre la maladie.

—

M. PROUST lit une *Note sur la situation sanitaire actuelle, relativement au choléra.*

Des deux voies suivies jusqu'ici par le choléra, la voie de terre semble ne devoir, dit M. Proust, nous inspirer pour le moment aucune inquiétude; c'est sur la route de mer que doit se concentrer notre surveillance constante.

Dans une communication qu'il a faite récemment au Congrès de Genève, M. Proust a rappelé comment nous avions, l'an dernier, échappé au péril, grâce aux mesures prises.

Au moment de sa communication, des inquiétudes très légitimes étaient conçues à propos de l'expédition anglaise en Egypte; elles étaient motivées par la nouvelle que l'armée anglaise serait renforcée par un contingent de troupes venant de l'Inde.

Aujourd'hui les craintes d'importation par les troupes venant de l'Inde sont heureusement dissipées. Les bruits de l'existence du choléra en Egypte ont été contredits à la suite d'informations sérieuses.

D'un autre côté le choléra règne sur plusieurs points de l'extrême Orient : au Japon, aux îles Philippines, dans les îles Hollandaises de Java et de Sumatra, et dans la péninsule Indo-Anglaise. Mais là n'est pas le véritable danger. Il réside dans la mer Rouge; le péril de l'importation va, en effet, reparaître plus menaçant, à cause du pèlerinage de la Mecque dont les cérémonies doivent commencer le 23 de ce mois.

D'après des renseignements récents, un navire, l'*Hespéria*, venant de Bombay, chargé de pèlerins, au nombre de 500, aurait eu à bord un cas de choléra mortel dans son trajet à

Aden. Repoussé d'Aden, il a débarqué à l'île de Camaran, située dans la partie sud de la mer Rouge et servant pour la première fois de lieu de quarantaine; un second, puis un troisième, un quatrième et successivement jusqu'à 14 cas mortels de choléra se seraient déclarés pendant les quarantaines, parmi lesquels un gardien de lazaret.

L'autorité anglaise avait à tort délivré patente nette à ce navire sous le prétexte que le choléra n'était pas épidémique à Bombay, puisque l'on n'y observait que quelques cas isolés. Il est à craindre que, comme l'année dernière, le choléra ne sévisse pendant le pèlerinage.

Les mesures prises, à l'instigation du gouvernement français, et qui ont par trois fois préservé l'Europe de l'invasion du choléra, ont surtout pour but d'empêcher le retour direct par mer des pèlerins à Suez.

Quant aux caravanes, elles ne sont pas dangereuses; elles ont à traverser des déserts étendus, et l'expérience a appris que, dans ces circonstances, au bout de quelques jours, la caravane devient indemne du choléra.

En résumé, malgré la présence du choléra dans diverses parties de l'extrême Orient, le véritable danger pour nous, à l'heure actuelle, c'est le pèlerinage de la Mecque, pèlerinage qui doit avoir lieu dans le courant de ce mois.

Le choléra peut s'y montrer et il faut que le retour des pèlerins (à la fin d'octobre ou dans les premiers jours de novembre) soit entouré d'un ensemble de mesure, de surveillance dont l'objectif sera la protection de l'Égypte.

L'Egypte préservée nous défend contre l'importation du choléra; si elle est envahie, nous n'avons plus de barrière qui puisse arrêter le fléau arrivant en Europe. Or, dans la situation politique actuelle, la protection de l'Egypte dépend uniquement du bon vouloir de l'autorité anglaise, mais nous avons l'espoir que notre gouvernement arrivera à cet égard à une entente avec le gouvernement britannique.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'allaitement artificiel.

M. de Villiers pense que, dans l'allaitement artificiel, il faut se rapprocher le plus possible de la marche que suit la nature elle-même, qui, dès les premiers jours, ne donne pas à l'enfant le lait du sein tout complet; il est donc nécessaire de couper le lait d'animal avec de l'eau simple, si ce lait est pur, de le sucrer légèrement, car trop de sucre altère et excite la soif de l'enfant, et d'employer l'eau dans la proportion de la moitié pour le premier mois, d'un quart pour le mois suivant et de le donner pur dès le troisième ou quatrième mois, selon la tolérance de l'estomac et les besoins de l'enfant.

C'est là une étude presque journalière et délicate à faire et qui demande beaucoup de soins et d'attention de la part des personnes chargées de l'allaitement artificiel.

Quant à la proposition faite par M. Tarnier de créer une étable et une crèche d'essai, contenant un petit nombre d'enfants abandonnés, M. de Villiers, bien qu'il ne repousse pas d'une manière absolue cet essai et qu'il soit même disposé à lui prêter son concours, se demande si réellement une expérimentation semblable tentée avec tous les soins, toute la prudence et toutes les conditions hygiéniques et scientifiques les plus désirables, nous en apprendra plus que celle qui vient d'être faite par M. Parrot aux Enfants-Assistés et par M. Tarnier à la Maternité. Il ne sera jamais possible d'accumuler, dans le nouvel établissement, un personnel d'enfants plus nombreux que celui accepté par ces deux éminents collègues; ce personnel exigera des soins, une surveillance et des ménagements semblables à ceux qu'ils ont établis.

Les travaux antérieurs, comme l'a rappelé avec tant de raison M. Jules Guérin, ont déjà fourni un contingent assez respectable de faits pour que l'on puisse se prononcer sur la valeur de la méthode dans telle ou telle situation donnée; restent sans doute quelques détails de régime à mieux connaître, mais ce qui, selon M. de Villiers, domine tout, dans l'allaitement artificiel des enfants, et ce qui rend incontestable le résultat des faits acquis, c'est l'active surveillance, la propreté constante, l'observation journalière de la santé de l'enfant, que des parents intelligents, une mère surtout, sont seuls capables d'apporter, avec le médecin, dans la nourriture de l'enfance.

—

M. le docteur Apostoli lit un travail intitulé : *Sur l'emploi nouveau, en thérapeutique électrique, de la terre glaise.* En voici le résumé :

Il conseille l'introduction, dans la pratique de l'électrothérapie, de l'usage d'un nouvel électrode, *la terre glaise,* destiné à remplacer dans bien des cas les électrodes rigides, presque uniquement employés jusqu'à ce jour. — Cliniquement, elle offre en effet des avantages incontestables dont voici l'exposé sommaire :

1° *Elle facilite et complète certaines applications de galvano-caustique chimique, c'est-à-dire de cautérisation positive ou négative appliquée au traitement des ulcères et des plaies de mauvaise nature.*

Mieux que tout autre électrode, elle *limite* et *termine* sûrement toute action électrolytique, cautérisant tout ce qu'il faut cautériser, sans dépasser les limites tracées d'avance.

2° *Elle assure une plus grande constance au courant.*

Un peu plus résistante que les tampons ordinaires, elle se dessèche moins vite et conserve beaucoup plus longtemps un même degré de conductibilité; elle humecte bien l'épiderme et s'applique uniformément sur lui.

3° *Elle facilite les applications de longue durée.*

Elle est assez visqueuse en effet pour adhérer spontanément à la peau; elle supprime ainsi le concours d'un aide.

4° *Elle permet de varier à volonté l'étendue, la forme des électrodes, leur surface d'application, et est destinée à vulgariser la pratique de la galvanisation*, car c'est un électrode mou, facile à trouver partout, qui ne s'use pas, prend la forme qu'on désire, se modèle sur la peau et baigne une étendue de surface facultative.

5° *Elle permet de limiter, de localiser l'action* TOTALE *du courant en réduisant au minimum l'influence fâcheuse de sa diffusion ou de sa dérivation.*

On peut en effet fermer le circuit sur lui-même grâce à deux pôles concentriques, augmenter ainsi sans danger l'intensité du courant et rendre l'opération plus complète et plus rapide. Les applications de galvano-caustique chimique à la tête et la cure des anévrysmes de l'aorte devront y puiser une large contribution.

6° *Elle diminue la douleur des applications de galvano-caustique chimique* en rendant la peau plus conductrice grâce à une humectation plus complète, elle diminue la résistance à son passage et, par suite, les effets calorifiques du courant, dont la douleur est la conséquence directe.

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq minutes.

JOURNAL DES JOURNAUX

La salivation mercurielle, par M. le docteur PANAS. — Pour le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu, la stomatite mercurielle n'est nullement l'indice d'une saturation de l'économie par le mercure. Elle est une complication qu'on peut prévenir par l'enlèvement du tartre et l'application de divers topiques, tels que la teinture d'iode et la solution d'acide phénique au vingtième. En maintenant les gencives saines par l'emploi d'astringents (tannin, cachou), on peut, d'après le docteur Panas, continuer l'emploi du mercure pendant longtemps. Quant au traitement classique par le chlorate de potasse, il serait inefficace. (*Journ. de méd. de Paris* et *Revue de thérap.*, 15 août 1882.)

De l'élongation du nerf sciatique droit dans des affections des cordons postérieurs et latéraux de la moelle, par le docteur LONGENBUSCH. — Dans la première observation, la malade était atteinte d'anesthésie des membres inférieurs, de douleurs fulgurantes et de crises gastriques. Elle était ataxique; l'élongation provoqua le retour immédiat de la sensibilité et la cessation des phénomènes ataxiques. Le deuxième cas est celui d'un homme qui éprouvait des attaques épileptiformes, à la suite d'une commotion cérébrale. Des tractions furent exercées sur le bout central du nerf médian droit et produisirent le ralentissement du pouls et des spasmes de la moitié droite de la face. La guérison fut complète. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 6; 1882.)

Intoxication urémique par malformation du prépuce, par le docteur Charles A. HART, de Planifield (New-Jersey). — Le malade, enfant nouveau-né, possédait un prépuce très allongé et recouvrant complètement le méat urinaire. Quelques jours après la naissance, il présentait les symptômes suivants : dilatation manifeste des pupilles, anasarque généralisée, petitesse et lenteur du pouls; stupeur profonde; inappétence et refus de prendre le sein de la nourrice. L'enfant n'urinait que pendant la nuit; la vessie était distendue et occupait la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic. On pratiqua de suite la circoncision.

Quelques heures après, l'amélioration était apparente; l'enfant prenait le sein, mais la vessie était paralysée et la miction avait lieu par regorgement. Deux jours plus tard, tous les symptômes urémiques avaient disparu.

Chez un autre malade, âgé de trois ans, le docteur Hart a observé les mêmes phénomènes urémiques et des convulsions. Cet enfant succomba en entrant à l'hôpital, et sa mère racontait que la miction avait toujours été incomplète et pénible. Cependant cet enfant avait été traité pour des accidents nerveux dont l'origine urémique avait été méconnue.

Le docteur Hart a observé, depuis que son attention a été attirée sur ce sujet, de nombreux cas semblables, dans lesquels les accidents nerveux avaient pour cause les troubles de la miction. L'urine s'accumulait dans la vessie, et les reins comprimés cessaient leurs fonctions. (*The Medical record*, p. 65, 21 janvier 1882.) — Ch. E.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA. — WILSON.

Benjoin pulvérisé. . . . . 28 grammes.
Axonge. . . . . 140 —

Faites digérer en vase clos, à une douce chaleur, pendant 24 heures, passez à travers un linge et ajoutez :

Oxyde de zinc purifié. . . . . 28 grammes.

Il est quelquefois avantageux de mêler à cette pommade 3 gr 50 d'esprit-de-vin, d'alcool camphré ou de glycérine. — Lorsqu'elle doit être appliquée sur une région velue, on la remplace par la suivante, recommandée par Bulkley :

Carbonate de zinc pur. . . . . 1 gr 75 centigr.
Cérat de Galien . . . . 28 grammes.

Mêlez. — On l'étend en couche épaisse, sur des compresses de toile, que l'on étale sur les surfaces eczémateuses. — N. G.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DU SCORBUT. — J. MAHÉ.

Les pneumonies hypostatiques, gangréneuses, les pleurésies séro-sanguinolentes, les péricardites de même nature qui s'observent chez les scorbutiques, réclament très rarement le traitement antiphlogistique. Les analeptiques, les corroborants, les vins alcooliques, les fruits et les boissons acides sont au contraire formellement indiqués. Les émissions sanguines ne doivent être tentées qu'avec beaucoup de prudence, seulement dans les cas où la congestion pulmonaire est vraiment menaçante. Dans la pleurésie et la pneumonie scorbutiques, le quinquina, les alcooliques, l'ammoniaque et les boissons aromatiques forment la base du traitement. Contre les exsudats de la péricardite scorbutique, on a recours aux révulsifs. Si des épanchements trop considérables des plèvres et du péricarde menacent de produire la suffocation et la syncope, il est indispensable de les évacuer par la ponction. — N. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 29 septembre au 5 octobre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,018. — Fièvre typhoïde, 134. — Variole, 5. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 23. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchites aiguës, 19. — Pneumonie, 30. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 53; au sein et mixte, 33; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86 ; circulatoire, 58; respiratoire, 60 ; digestif, 60 ; génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 7.

CONCLUSIONS DE LA 40e SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,178 naissances et 1018 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 934, 991, 932, 941. Le chiffre de 1,018 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres de décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir une aggravation pour la Fièvre typhoïde (134 décès au lieu de 57 pendant la 39e semaine), la Diphthérie (23 au lieu de 19), la Coqueluche (5 au lieu de 1).

A l'égard des autres Affections épidémiques, il y a eu 5 décès par Variole (au lieu de 3) et 2 par Scarlatine. Les décès par Rougeole (6), par Érysipèle (5) et par Infection puerpérale (5), ont atteint le même chiffre que pendant la précédente semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un

nombre d'admissions inférieur pour la Variole (12 malades reçus du 25 septembre au 1er octobre au lieu de 14 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (23 au lieu de 29), et supérieur pour la Fèvre typhoïde (536 au lieu de 213).

L'épidemie typhoïdique dont les sévices, en décroissance depuis plusieurs semaines, permettaient d'espérer un retour prochain à la moyenne normale des décès par cette cause (soit environ 30 par semaine), vient de prendre, en quelques jours, un développement extraordinaire. Le nombre des décès de la semaine s'est élevé à 134, c'est-à-dire à plus de 1/8e de l'ensemble des décès par toutes causes, dépassant ainsi de 77, le chiffre déjà élevé qui avait été indiqué dans notre dernier bulletin.

Indépendamment de la mortalité, les renseignements qui nous sont parvenus sur la morbidité viennent confirmer et aggraver ce que cette situation a d'anormal. Comme nous l'avons dit plus haut, le nombre des malades atteints de Fièvre typhoïde, entrés dans les hôpitaux pendant la dernière semaine, s'est élevé à 536. D'un autre côté, le nombre des avis transmis par nos confrères sur les cas de Fièvre typhoïde qu'ils ont été appelés à constater parmi leurs clients, a été de 335. Ce chiffre serait déjà remarquable, mais on n'ignore pas que bien des cas ne nous sont pas signalés et que malgré les avantages que les praticiens pourraient retirer d'une statistique régulière des sévices des épidémies et les facilités qui leur ont été données pour arriver à ce résultat, un grand nombre d'entre eux négligent encore d'envoyer à notre service les indications qu'ils recueillent sur ce sujet dans leur pratique médicale.

La mortalité et la morbidité sont d'accord pour représenter le 18e arrondissement comme étant le plus frappé par l'épidémie. On se souvient que lors de la dernière épidémie de Fièvre typhoïde, survenue l'année précédente à pareille époque, ce même arrondissement avait été le plus éprouvé. A des effets constants correspond toujours une cause constante. Nous ne doutons pas que nos maîtres en étiologie ne sachent la découvrir.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

— Par décret en date du 20 septembre, M. Molard, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 14 octobre 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Perrin sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Dechaux (de Montluçon). — 2° Note de M. Duboué (de Pau) sur une extraction, sans opération sanglante, d'un tube à drainage tombé accidentellement dans la cavité thoracique. — 3° Observation d'un cas de leucomurie consécutive à un mal vertébral d'origine rhumatismale, par M. le docteur Bergeaud (d'Haïti), candidat au titre de membre correspondant. — 4° Vote sur la candidature au titre de membre correspondant du docteur Guiter (de Cannes). — 5° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PRÉSERVATION DU CROUP CONSÉCUTIF A L'ANGINE COUENNEUSE OU DIPHTHÉRIE,

Par M. Dehaene, docteur en médecine à Rubrouck (Nord).

Dès l'année 1856, au début de l'angine pseudo-membraneuse, qui a sévi à cette époque à Dunkerque et dans sa banlieue où j'exerçais alors, je m'étais servi comme traitement local d'une mixture concentrée d'alun (1), et cela, dans le but de modifier l'inflammation diphthéritique, de détruire les fausses membranes, d'empêcher leur reproduction, et, en particulier, leur extension au larynx. Cette pratique m'a donné les meilleurs résultats. Depuis cette époque, chaque fois qu'il s'est présenté des fausses membranes sur les amygdales dans des angines, même simplement sporadiques, je les ai badigeonnées avec la mixture alumineuse, et je crois avoir ainsi préservé, dans bon nombre de cas, mes malades des atteintes assez fréquentes d'un croup consécutif proprement dit.

Vers le 22 septembre dernier, il s'est présenté dans la commune de Rubrouck où je réside actuellement, un premier cas d'angine couenneuse, auquel a succombé un petit malade, avec tous les signes du croup, moins de vingt-quatre heures après ma première visite. J'ai déclaré aux parents qu'ils m'avaient appelé trop tard, et que ce premier cas serait vraisemblablement le début d'une maladie épidémique et contagieuse dont seraient bientôt atteints d'autres enfants; que tous ceux qui attendraient trop longtemps pour me consulter s'exposeraient à voir périr leurs enfants malades, et qu'au contraire j'avais l'espoir de pouvoir guérir tous ceux qui récla-

(1) Union Médicale, numéro du 4 avril, année 1857.

FEUILLETON

CAUSERIES.

Sommaire. — La rosière de Gray. — Une bonne médicale à tout faire. — Les falsifications alimentaires essayées par les mouches. — Les faux cils. — Prochain voyage du docteur Bayol dans l'Afrique équatoriale; armes défensives perfectionnées. — Appréciation du traitement du président Garfield par le professeur Esmarch. — Décoration tardive de Marion Sims.

Me voici de retour à Paris, chers lecteurs, et comme Figaro, je taille ma plume et demande à chacun de quoi il est question, pour vous le raconter bien entendu. Mais il paraît que malgré le mauvais temps, chacun est parti en vacances comme moi, car à peine ai-je ouvert la bouche pour dire : « Eh bien, quoi de neuf ? » qu'on me répond : « J'allais justement vous le demander. » Puisqu'il en est ainsi, je vais chercher ailleurs des nouvelles.

L'histoire des rosières de Dourdan, que j'ai racontée il y a quelques semaines, m'a valu une lettre curieuse d'un de nos bons confrères de province. Dourdan, me dit-il, n'a pas le monopole de la rosière *déformée*. L'an de grâce 1881, Gray devait pour la première fois couronner sa rosière, par suite d'un don du sénateur Jobard. Le Conseil municipal... (Ici j'ouvre une parenthèse. La lettre de mon spirituel correspondant est ponctuée de telle façon que je ne sais pas si Jobard est le nom du sénateur ou une épithète adressée au conseil municipal. L'anecdote prouve qu'on pourrait aisément s'y tromper). Je reprends donc. Le conseil municipal (Jobard ou non) dans le sein duquel siègent trois médecins, choisit une rosière qui était grosse de cinq mois, probablement pour que la graine ne s'en perdît pas. Ce coup d'essai

meraient mes soins dès le début. Mes paroles propagées et commentées eurent pour heureux effet d'émouvoir jusqu'à un certain point les familles dans lesquelles existaient de jeunes enfants. D'autre part, on se rappelait avec effroi que cette maladie avait régné dans ces parages, il y a seize ans, et que tous ceux qui en avaient été atteints, à l'exception d'un seul, avaient succombé. Mon avertissement, joint à la peur du retour d'un mal aussi cruel, produisit, en définitive, un excellent effet sur l'esprit de la population, et, dès l'apparition des premiers symptômes, les parents se sont empressés de me présenter leurs enfants, qui se sont montrés généralement dociles, soit par la peur de mourir, soit par l'ascendant du médecin ou des parents.

Sur une population de 1,300 habitants environ, il a été constaté soit sur des enfants, soit sur des adultes, près de 50 cas d'angine couenneuse, et, sur ce nombre, trois seulement se sont terminés par la mort. De ces trois victimes, deux étaient déjà arrivées à la période extrême, lors de ma première visite, et ont succombé moins de vingt-quatre heures après. Lorsque j'ai été appelé auprès du troisième malade, l'affection datait de 3 ou 4 jours; l'enfant présentait déjà des complications thoraciques graves permettant de prévoir une issue funeste. Après quatre jours de souffrance, la mort, en effet, survint par asphyxie croupale. Si la médication alumineuse n'a pu être appliquée chez les deux premières victimes, on comprend qu'elle ne pouvait l'être avec succès chez la troisième.

L'angine couenneuse abandonnée à elle-même, mal soignée, ou soignée tardivement, est une maladie très grave chez les adultes et chez les enfants. En pareil cas, elle fait presque autant de victimes qu'elle atteint de sujets. Cependant, en employant en temps opportun la médication locale par la mixture alumineuse, elle peut être regardée, dans un bon nombre de cas, comme une affection presque bénigne, et d'un traitement très facile. Dans l'épidémie de Rubrouck, trois malades ont été guéris sans même réclamer mes soins. Chez des malades, la présence des fausses membranes ayant été reconnue, les parents, comme ils l'avaient vu faire, suivant mes conseils, chez d'autres enfants, les ont immédiatement badigeonnées, à diverses reprises, à l'aide d'un tampon trempé dans ma mixture d'alun, et la guérison a eu lieu sans moi, c'est-à-dire en dehors, de toute intervention directe de ma part.

La grande efficacité de la mixture alumineuse, efficacité confirmée et démontrée pour nous par une longue expérience, sa constante innocuité, et la facilité qu'elle

---

fut un coup de maître... Celle de cette année, couronnée le 15 août, n'est pas encore accouchée. Quelques jours avant le verdict du jury, je recevais la visite d'une pauvre fille, à moitié idiote, qui voulait absolument un certificat constatant son état, parce qu'on lui avait dit qu'il fallait être enceinte pour être mise sur la liste! »

Eh bien, cher confrère, je m'imagine que l'éducation des rosières de Gray est encore à faire. C'est une question d'entraînement, et j'espère bien que dans quelques années d'ici, Gray n'aura rien à envier à Nanterre elle-même.

***

Mon séjour en province m'avait laissé une impression de compassion profonde pour ceux de nos confrères qui exercent dans les petites villes et les villages. Pendant que nous autres parisiens nous jouissons des délices de la grande ville (ou du moins que nous pourrions nous distraire si nous en avions le temps) et que nous prenons des vacances, eux sont toujours là, courant les chemins bons ou mauvais par tous les temps, ne pouvant pas s'absenter, car ils n'ont pas de confrère à leur portée pour les remplacer. C'est une vie terrible. Je me rappellerai toujours le récit, que me fit un de nos excellents et dévoués confrères de Villers-Cotterets, de la traversée de la forêt pendant l'hiver de 1878, la nuit, avec de la neige jusqu'à mi-cuisse, pour aller délivrer à deux lieues de là une malheureuse femme que les voisines ne pouvaient *finir d'accoucher*.

Donc j'étais on ne peut plus disposé à m'apitoyer sur leur sort, lorsque je reçus une lettre qui changea un peu mes dispositions attendries. Cette lettre, trop longue pour être reproduite ici, est l'exposé de la vie *entre confrères* qui se passe dans un chef-lieu de canton à quelques lieues de Paris.

présente de pouvoir être convenablement employée par des parents étrangers à l'art de guérir, m'ont fait penser que cette médication était digne d'être employée couramment dans le traitement des angines pseudo-membraneuses, et que son emploi pourrait être facilement vulgarisé, précisément à cause de sa grande simplicité.

La mixture alumineuse, à laquelle j'ai recours, contient 8 grammes d'alun, 10 grammes d'eau distillée, et 10 grammes de miel rosat. Elle s'applique sur les parties malades à l'aide d'un petit tampon d'un pouce de long, confectionné avec une petite bande de toile roulée et attachée à l'extrémité d'une petite baleine, assez solide et peu flexible, offrant tout ensemble l'épaisseur d'un gros crayon. Les attouchements doivent être répétés toutes les deux ou trois heures, nuit et jour, et continués ainsi autant de temps que les fausses membranes persistent, ou continuent elles-mêmes à se reproduire. Si elles sont épaisses, adhérentes, on doit exercer, et on le peut sans inconvénient, des frottements assez forts pour les détacher le plus promptement possible. Quand elles occupent les arrière-narines et l'extrémité supérieure du pharynx, je les attaque par les narines et les fosses nasales avec un petit tampon plus long et plus faible, présentant l'épaisseur ordinaire d'une sonde de femme Je pourrais ajouter quelques autres détails sur la pratique de ces opérations, mais je crois que cela est inutile, parce que j'ai la conviction que ceux d'entre mes confrères qui voudront employer cette médication, pourront facilement y suppléer par eux-mêmes.

Quoique je préconise la mixture d'alun, je ne conteste pas qu'on puisse trouver les mêmes avantages dans l'emploi d'autres médicaments appliqués localement. S'il y a là matière à débat, cela ne rentre pas dans mon plan. Je me place à un point de vue plus élevé, et ce que je vais dire, devant également profiter à tous les procédés, je suis sûr d'avance d'être approuvé par mes confrères.

Dès l'annee 1856, j'avais remarqué, comme beaucoup d'autres praticiens ont pu ou peuvent encore le constater, que les guérisons s'obtenaient fréquemment chez les malades qui m'appelaient de bonne heure, et que les décès, au contraire, avaient lieu très souvent chez ceux qui tardaient trop longtemps à réclamer mes soins.

L'étude que je viens de faire cette année, sur l'épidémie de Rubrouck, a pleinement confirmé ces remarques, et m'a conduit à émettre les propositions suivantes :

Le traitement de la diphthérite doit être entrepris dès le début de l'affection. Au

---

Un des médecins de cet heureux pays s'est dressé un remplaçant, qui lui permet de s'absenter à l'occasion. Celui-là, je ne le plains pas. Le remplaçant est sa domestique, dont il a fait une bonne à tout faire..... chez un médecin. Voici du reste l'énumération des diverses cordes qu'il a mises à l'arc de ce factotum femelle.

« Elle panse les chevaux, attelle le cabriolet, fait la soupe, bêche le jardin et les clients, raccommode les chaussettes de Monsieur, et enfin soigne les malades en son absence. La petite maison du docteur est bien tenue intus et extra, je puis vous l'assurer *de visu*. Ce factotum, né avant l'instruction obligatoire, ne sait ni lire ni écrire, et formule ses ordonnances à l'instar des portières : ELLE DIT. Elle sait faire la petite chirurgie aussi bien que la cuisine ; elle panse les plaies aussi bien que les chevaux, soigne les panaris, ouvre les abcès, arrache les dents, et sa réputation en cet art est aussi bien établie que celle de Duchêne ; elle fait sauter un chicot, une molaire, une canine, si bel et bien que toutes les mâchoires de l'endroit préfèrent sa main à celle du « patron. »

Dernièrement, une jeune et jolie parisienne, se trouvant en villégiature chez une châtelaine des environs, eut le malheur, en brodant, de s'enfoncer dans le doigt un de ces crochets terminés en hameçon qui lâchent difficilement prise, surtout si la main est fine et délicate. On attelle vite, on court chez le médecin habituel du château... Il est absent. — Allons chez un autre, dit aussitôt la blessée. — Absent aussi. — « Mais, dit la bonne, qui était justement notre cordon bleu, ou plutôt multicolore, asseyez-vous, et voyons ça..... ce n'est peut-être pas grand'chose..... En effet, ce n'est rien..... Je vais vous débarrasser de ça..... » Et ce disant, elle ouvre la trousse du docteur, prend un instrument, saisit le doigt, et extirpe lestement le crochet. — Mais, mais, criait la dame, vous me faites mal ! — C'est fini, répond l'Esculape en jupons, vous voyez que ça n'a pas été long !

troisième jour, il est souvent trop tard; si on diffère encore davantage, l'insuccès dans les cas un peu graves est inévitable.

L'alitement n'ayant fréquemment lieu qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie, celle-ci n'est souvent prise que pour une indisposition légère, à laquelle les malades ou les parents n'attachent aucune importance; de là, un retard fâcheux dans l'arrivée du médecin, qui n'est appelé que lors de l'apparition des signes graves annonçant trop souvent une fin prochaine. Si, en pareil cas, ses efforts restent impuissants, et sa médication inefficace, il est vrai de dire que les familles se consolent jusqu'à un certain point du malheur qui les frappe, en se rappelant que l'angine couenneuse est une maladie terrible dont la médecine n'a pas encore su trouver le remède, tandis qu'en réalité, par suite de leur négligence ou de leur ignorance, et du retard apporté par eux dans l'appel du médecin, ils sont à bon droit responsables de la terminaison par la mort.

Cette incurie et ce défaut de prévoyance de leur part sont, sans contredit, les causes majeures de nos insuccès. J'avais pu déjà me convaincre de cette vérité pendant l'épidémie de Dunkerque; aussi ai-je cherché, dès l'apparition de celle de Rubrouck, à combattre les funestes conséquences de ces erreurs populaires, en veillant en quelque sorte sur la santé publique, en éclairant les familles, en leur imposant une crainte salutaire sur le sort réservé aux enfants mal soignés ou indociles. La peur de la mort a forcé les gens à se mettre sur leurs gardes. L'épidémie s'est déclarée nettement trois mois environ après l'apparition du premier cas, qui s'était pourtant transmis par contagion à la garde-malade. Du 20 décembre, elle a progressé lentement jusqu'au 22 mars : à partir de cette époque, jusqu'au 5 mai, elle a sévi le plus fortement, car cette période a fourni 25 malades, puis elle a diminué pour s'éteindre le 13 juin suivant. Elle n'a pas pris une grande extension, parce que je crois en avoir notablement diminué la contagiosité, en traitant les malades de bonne heure, et en guérissant tous ceux qui m'avaient fait venir en temps convenable. Ce succès n'aurait pas été obtenu sans l'influence et l'ascendant qu'il m'a été facile de prendre dans cette pette localité. Dans une ville populeuse, ou dans une commune éloignée de sa résidence, le médecin ne peut pas avoir l'autorité nécessaire pour triompher des entraves que lui opposent l'incurie et l'ignorance. Aussi, serait-ce un devoir pour le gouvernement et les administrations municipales d'apporter un remède en pareil cas, en donnant aux populations des instructions et des avertissements suffisants pour les éclairer et les obliger à

Eh bien, le croiriez-vous, la dame trouva que les cinq francs demandés par l'opératrice étaient des honoraires trop élevés. — Oh! non, madame, dit la bonne pièce, si c'eût été le patron, ça vous aurait coûté vingt francs!

Le lendemain matin, le docteur alla rendre visite à sa cliente de passage; on le retint à déjeuner, on lui fit force compliments sur le talent de son « remplaçant », et depuis il est resté le médecin en titre du château. »

Mon correspondant m'affirme que cet heureux confrère est tellement occupé qu'il n'a pas encore eu le temps de se marier.

Mais que deviendrait le factotum si notre confrère se mariait?

***

Continuons à glaner, mais dans un autre champ.

Quelques journaux étrangers s'extasient fort sur une fable allemande dans laquelle le poëte a voulu critiquer quelques falsifications à la mode actuellement dans le commerce des comestibles. Je laisse à nos lecteurs le soin d'apprécier la finesse de ce sel peu attique.

Il y avait un jour quatre mouches qui se réveillèrent un beau matin avec bon appétit. La première vint se poser sur une saucisse d'apparence appétissante, et s'en donna à cœur joie. Mais elle ne tarda pas à mourir d'une inflammation d'intestin, car la saucisse était colorée avec de l'aniline. La seconde mouche déjeuna de farine, et succomba sur-le-champ d'une contraction de l'estomac, parce que la farine contenait une quantité extraordinaire d'alun. La troisième étanchait sa soif avec le contenu d'un pot à lait, lorsque des crampes violentes convulsèrent son pauvre petit corps, et elle rendit aussitôt l'âme, victime de l'adultération du lait par la chaux. A ce spectacle, la quatrième mouche se dit : plus tôt c'est fait, plus tôt l'on

prendre les précautions nécessaires dès l'apparition d'une épidémie, dont les maires sont toujours informés à temps par les certificats de décès ou la rumeur publique. En ce qui concerne la diphthérite, de pareilles instructions auraient pour résultat de rendre la maladie plus bénigne, de diminuer les chances de contagion, de prévenir le développement consécutif du croup épidémique, de supprimer enfin chez les enfants une cause fréquente de mortalité, ou du moins d'en atténuer les effets (1).

(1) Nous nous associons pleinement aux conclusions de notre confrère de Rubrouck, sur la nécessité d'entreprendre aussitôt que possible le traitement de l'angine couenneuse, afin de prévenir l'extension des fausses membranes au larynx et l'asphyxie croupale. Mais il est bien entendu qu'il y a des cas où le danger ne résulte pas de la production des fausses membranes et des accidents locaux qu'elles entraînent, et où, par suite, le traitement local est inefficace ; nous voulons parler des diphthéries infectieuses, qui tuent par l'intoxication générale de l'économie, et souvent avec des productions pseudo-membraneuses insignifiantes.

(*Note de la Rédaction.*)

Congrès international d'hygiène de Genève

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES.

« Si les mœurs font les institutions, écrivait avec raison M. le professeur Fonssagrives, il « est aussi vrai que les institutions font les mœurs ; et, dans notre pays, l'instruction ne « sera hygiénique, que quand il sera doté de bonnes institutions d'hygiène scolaire. » Or, de toutes ces institutions, il en est peu dont les services soient plus nombreux et plus importants que ceux de l'inspection médicale des écoles.

Un médecin allemand, M. le docteur Cohn (de Breslau) a soumis au Congrès un projet d'organisation de la médecine scolaire. Cette inspection devrait s'étendre à toutes les écoles publiques ou privées, et relever, non pas des municipalités, mais bien de l'administration centrale de l'instruction publique, au moyen d'une hiérarchie déterminée de fonctionnaires supérieurs et provinciaux. Chaque médecin scolaire aurait voix consultative et délibérative auprès des autorités scolaires ; il aurait le pouvoir de veiller à l'exécution des prescriptions hygiéniques, et donnerait son avis sur l'emplacement, les plans, ou la construction des bâtiments. De plus, on le consulterait dans l'élaboration des programmes d'enseignement. Il aurait enfin le droit de prononcer la fermeture de toute classe dans laquelle le quart des élèves serait atteint de maladies contagieuses.

L'esprit général de ce projet est de donner au médecin une autorité plus grande en matière

---

dort, — et se précipita sur une feuille de papier mouillé ayant l'apparence de celles qui empoisonnent, et portant comme inscription : « Tue-mouches ! » Appliquant l'extrémité de sa trompe sur la devise, la quatrième mouche but tout son soûl, et devint de plus en plus vigoureuse à chaque gorgée, tout en attendant la mort. Mais elle ne mourut pas ; au contraire elle grandit et engraissa d'une manière extraordinaire. Vous le voyez, le poison lui-même était falsifié !

***

Le poëte allemand aurait pu passer ainsi en revue toutes les falsifications qui sont actuellement à la mode, mais il en est une qu'il aurait été difficile d'adapter au personnage des mouches, je veux parler des faux cils. Je ne me représente pas bien, en effet, des faux cils aux yeux des mouches. Peut-être beaucoup de nos lecteurs ne savent-ils pas davantage comment on peut en mettre aux yeux des dames. Je vais leur dire ce que je sais à cet égard.

Tout le monde, cinquante mille adultes au moins, parmi ceux qui savent lire, connaissent les faux cils qui s'attachent aux paupières, depuis que M. Daudet nous a appris que Numa Roumestan utilisait ses loisirs à en attacher à celles de sa fausse ingénue. Il est un autre procédé qui exige une habileté opératoire plus grande encore que le précédent, et que je ne recommande pas, parce que je n'ai aucune expérience personnelle sur son compte. Je le donne du reste pour ce qu'il vaut.

Prenez une aiguille très fine, enfilée d'un cheveu noir ; introduisez-la dans la paupière, à une certaine distance du bord libre, et faites-la sortir par la ligne des cils ; dès que le cheveu a une longueur suffisante au dehors du bord libre pour former un cil, coupez-le et recommencez de façon à garnir parfaitement ce bord. Vous arrivez ainsi à rendre aux yeux rougis

d'hygiène, au lieu de se contenter de le consulter platoniquement. En réponse à ce projet, M. le docteur Napias a fait connaître sommairement l'organisation de l'inspection médicale municipale de Paris. Le mode de recrutement, au moyen de docteurs en médecine, désignés par leurs confrères, dans chaque arrondissement, a été présenté comme un exemple à suivre. M. le docteur Napias avait raison de signaler la supériorité de ce système sur celui du choix et du bon plaisir administratifs. Seulement, notre confrère aurait pu montrer au Congrès combien les attributions des médecins inspecteurs sont restreintes. Ils sont loin de posséder ce droit d'initiative que M. Cohn réclame pour les médecins scolaires de son pays. Tout n'est donc pas pour le mieux dans la meilleure des capitales ; il y aurait de grandes améliorations à obtenir. C'est aux médecins des écoles de chaque arrondissement à se grouper, et à créer, à cet effet, une association analogue à celle de leurs confrères des bureaux de bienfaisance, association qui prendrait en main leurs intérêts qui sont ceux de la population scolaire.

Si, sous le rapport du personnel médical, l'inspection des écoles, à Paris, ne laisse guère à désirer, à Lille, d'après M. le docteur Napias, il n'en est pas de même. Ce service serait en partie confié à des officiers de santé. Le fait n'est pas surprenant. Nous croyons cependant, avec notre confrère, qu'une telle inspection ne peut être bien exécutée que par des gens instruits, travailleurs, compétents et toujours au courant des progrès de l'hygiène publique.

A Lyon, il n'en est pas de même. Les inspecteurs, au nombre de huit, sont recrutés par la voie du concours et reçoivent un traitement de 1,500 francs. Ce traitement élevé s'explique par le nombre plus grand des classes qui sont confiées à chaque inspecteur. Il est désirable que la rémunération actuelle de 600 francs, accordée aux médecins des écoles de la Ville de Paris, soit élevée en proportion des nouveaux établissements qu'on crée dans chaque quartier, en exécution de la loi sur l'enseignement obligatoire. A Bruxelles, ce traitement, d'après M. le docteur Huart, serait de 800 francs. Il est vrai que le nombre des écoles de cette ville n'est que de 33.

Au Havre, d'après M. Gibert, les médecins du Bureau d'hygiène sont chargés de l'inspection des écoles, mais ils ne reçoivent qu'une minime rémunération. Il faut ajouter que certaines villes de l'étranger sont loin de posséder une organisation analogue à celle de Paris, de Lyon et de Bruxelles. C'est ainsi que M. le docteur Lubelski (de Varsovie) fait observer que les écoles talmudistes de ce pays s'opposent à toutes les tentatives d'amélioration des conditions d'hygiène, et que M. Bouvier, secrétaire du département de l'instruction publique de Genève, déclare que l'organisation de la médecine scolaire est seulement en voie d'organisation dans cette dernière ville.

L'utilité de l'inspection médicale des écoles publiques ou privées est donc universellement reconnue. En ce qui concerne notre pays, une des conséquences des travaux du Congrès de Genève est la nécessité d'augmenter l'étendue des attributions des médecins scolaires. Ces mesures sont de celles que des Associations locales des médecins inspecteurs des écoles, dans chaque ville, pourraient solliciter et peut-être obtenir des autorités. C'est à nos confrères pa-

---

un voile splendide dont les franges s'écartent pour vous lancer un regard mouillé de reconnaissance et de larmes. Car je pense que ça doit faire mal, quoi qu'on en dise. Mais aussi, il faut savoir souffrir pour être belle, c'est la sagesse des nations qui le dit.

* * *

Voici une autre nouvelle. Notre intrépide confrère le docteur Bayol, que n'effraient guère les catastrophes récentes de la mission Flatters et de la mission Crevaux, prépare une nouvelle expédition qui a pour but l'exploration des pays qui s'étendent du Sénégal au Niger. Je ne sais lequel il faut le plus admirer, ou le but de l'expédition, ou l'insouciance du danger et des fatigues de toutes sortes, ou le dédain de l'explorateur pour les enseignements donnés par les désastres que nous venons de rappeler.

M. Bayol compte s'en aller à peu près sans escorte, avec ses porteurs seulement. Dans la première partie de son voyage, il n'a rien à craindre. « Où ce sera dur, dit-il, c'est quand nous approcherons du pays des Toucouleurs, les indigènes les plus belliqueux et aussi les moins accommodants. Ce sont les alliés ou vassaux du roi de Ségou, avec lequel nous avons déjà eu de graves difficultés. Mais qu'importe? parcourir ces pays sans appareil militaire, les mains dans ses poches, est encore le meilleur moyen de passer partout. Je compte énormément, pour les circonstances graves, sur une partie du bagage qui, certes, fera sensation ; nous emportons une assez grande quantité de pièces d'artifices, fusées, marrons, soleils, serpents de Pharaon, etc. Je serai encore l'artificier de la troupe. Mais voici ce qui nous fera gagner plus de victoires sur les nègres que les meilleurs fusils : mon harmoniflûte.»

Sans dédaigner les moyens de protection plus efficaces inventés par les armuriers de divers pays, revolvers et carabines-revolvers, je suis assez partisan des moyens employés par

risiens à donner l'exemple, au nom des intérêts généraux qui leur sont confiés et au nom de la dignité professionnelle dont, à juste titre, ils sont fiers. — C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Dumas, avec le plus profond regret, fait connaître à l'Académie la perte considérable qu'elle vient d'éprouver en la personne de son illustre Associé étranger Friedrich Wöhler, professeur à l'Université de Göttingen.

« M. Wöhler, l'élève préféré de Berzélius, avait fidèlement conservé les méthodes et les habitudes de travail de son maître. A partir de 1821 jusqu'à ces dernières années, il n'a cessé de publier des mémoires ou de simples notes, toujours remarquables par leur exactitude et souvent de nature à prendre, parmi les productions contemporaines, le premier rang par leur importance, leur nouveauté ou leur ampleur. Excercé surtout aux travaux de chimie minérale pendant son séjour en Suède, il est resté toute sa vie le chef d'école incontesté pour cette branche de la science dans les Universités allemandes. Cette préparation et cette préoccupation, qu'on aurait pu croire exclusives, ne l'ont pas empêché de prendre la plus large part au développement de la chimie organique et d'y marquer sa place au niveau le plus élevé.

Les contemporains n'ont pas oublié l'émotion universelle produite par la découverte inattendue qui lui permit de fabriquer, artificiellement et par des méthodes purement chimiques, l'urée, la plus azotée des matières animales. D'autres transformations ou combinaisons donnant naissance à des matières jusqu'alors rencontrées seulement dans les animaux ou dans les plantes ont été obtenues depuis, mais la formation artificielle de l'urée reste encore l'exemple le plus net et le plus élégant de ce genre de créations.

Tous les chimistes connaissent et admirent le mémoire classique où Wöhler et Liebig, peu de temps après, firent connaître la nature des combinaisons benzoïques et les rattachèrent au radical composé dont on peut les considérer comme étant des dérivés comparables aux produits de la nature minérale. Leur mémoire sur les dérivés de l'acide urique, source féconde de substances nouvelles et remarquables, est resté entre les mains de leurs successeurs une mine inépuisable.

Ce n'est pas en ce moment qu'on pourrait prétendre rappeler les travaux que M. Wöhler a consacrés à la chimie minérale; parmi les deux cent vingt-cinq écrits qu'il a publiés dans les journaux scientifiques, il en est peu dont les traités de chimie n'aient fait immédiatement leur profit. Bornons-nous donc à rappeler la découverte de l'aluminium métallique, auquel l'énergie et le génie inventif de notre confrère Henri Deville firent bientôt une place à côté des métaux nobles usuels. Unis par une rivalité qui aurait divisé des esprits moins élevés,

---

M. Bayol pour frapper l'imagination des nègres du Soudan. Les armes perfectionnées frappent aussi leur imagination, mais en laissant sur leur corps des souvenirs qui ne sont pas faits pour exciter leur sympathie en faveur des étrangers; la mort des noirs est vengée plus ou moins tard par celle des blancs. Notre courageux confrère laissera sur son passage des traces de lumière et d'harmonie qui ne pourront exercer qu'une heureuse influence sur la concorde qui doit régner dans ces pays lointains entre les visiteurs et les visités. Les sons de l'harmoniflûte et les étincelles des pièces d'artifices remplaceront agréablement et utilement, espérons-le, le bruit des coups de feu et la lueur des incendies qui ont un peu trop marqué le voyage de certains explorateurs dans l'Afrique équatoriale.

*
* *

Le président Garfield continue à intéresser l'opinion publique dans le monde entier. Vous vous rappelez, chers lecteurs, qu'un des arguments utilisés par le défenseur de Guiteau était que les chirurgiens chargés du traitement du blessé devaient seuls être rendus responsables de sa mort, parce qu'ils avaient dirigé ce traitement en dépit des découvertes récentes de la science au point de vue chirurgical. Le professeur Esmarch, de Kiel, a repris récemment cette thèse, et soutenu que si on n'avait fait aucune tentative pour extraire la balle, et si on s'était contenté de panser la plaie d'après la méthode antiseptique, le président Garfield aurait certainement guéri. Le *New-York medical Record* s'indigne contre le chirurgien allemand qui a osé émettre une semblable opinion. « Esmarch, dit-il, vit loin de nous, et parle trop longtemps après coup. Il est facile de se tromper dans de telles conditions. Il aurait bien mieux fait de se tenir tranquille (nous dirions qu'il a perdu une belle occasion de se taire.) Il y a beaucoup de chirurgiens américains qui en savent plus que le professeur Esmarch, et qui pen-

ces deux grands chimistes poursuivirent en commun des recherches de chimie minérale, et mirent à profit leurs travaux respectifs pour éclairer les points encore obscurs de l'histoire du bore, du silicium ou des métaux du platine et demeurèrent étroitement liés par une amitié que chaque année augmentait encore.

L'Académie me pardonnera un souvenir tout personnel. Nous étions nés, M. Wöhler et moi en 1800. J'étais son aîné de quelques jours. Nos débuts scientifiques remontent à la même date, et, depuis plus de soixante ans tout avait contribué à resserrer les liens de cette sorte de confraternité qu'il me rappelait encore dans une occasion récente. »

M. DE CANDOLLE, en présentant à l'Académie un volume qu'il vient de publier, sous le titre: *Origine des plantes cultivées*, s'exprime comme il suit:

« Ce volume traite d'un sujet sur lequel beaucoup d'erreurs ont été répandues, depuis l'antiquité jusqu'au milieu du siècle actuel.

Lorsque je m'en suis occupé, en 1855, dans ma *Géographie botanique*, j'ai corrigé plusieurs de ces erreurs, relatives aux principales espèces; mais depuis ce travail, des faits importants ont été découverts par les botanistes et les archéologues, et il m'a paru convenable de passer en revue l'ensemble des espèces cultivées, soit en grand par les agriculteurs, soit habituellement dans les jardins fruitiers et potagers de tous les pays. Ma rédaction, complètement nouvelle, comprend l'étude de 247 espèces. J'ai utilisé les documents tirés des lacustres suisses, des anciens monuments de l'Egypte et des ouvrages chinois mieux interprétés par le docteur Bretschneider que par ses prédécesseurs. Pour la partie botanique, j'ai consulté plusieurs herbiers et me suis adressé souvent à des voyageurs, afin de m'assurer de la qualité spontanée dans tel ou tel pays. Chaque espèce offre les conditions d'un problème à la fois botanique et historique, dans lequel on doit associer et discuter des faits d'une nature différente et apprécier leur valeur le mieux possible.

Grâce à cette méthode, il n'y a plus que trois plantes cultivées dont on ne peut dire si elles viennent de l'ancien ou du nouveau monde. Ce sont deux espèces du genre *Cucurbita* et le haricot ordinaire (*Phaseolus vulgaris*). Pour les 244 autres espèces, j'ai pu démontrer, avec certitude ou d'une manière très probable, de quels pays de l'ancien ou du nouveau monde elles sont sorties.

Si l'origine géographique est presque toujours connue, il reste malheureusement beaucoup d'espèces qu'on n'a pas encore trouvées à l'état sauvage d'une manière bien certaine. Quand le pays d'origine a été peu visité par les botanistes, il ne faut pas s'en étonner; mais dans d'autres cas, c'est un phénomène assez singulier, sur lequel j'insisterai ici plus que je ne l'ai fait dans mon volume, parce qu'il a une portée générale scientifique.

Certaines espèces, très anciennement cultivées, paraissent en voie d'extinction ou éteintes car elles proviennent de régions bien explorées et n'ont cependant pas été trouvées sauvages ou l'ont été une seule fois, dans une seule localité. Il est probable d'ailleurs que la patrie ancienne de ces espèces était plus ou moins vaste, en raison de l'extension de leur culture

---

sent tout autrement que lui. » Nous devons dire cependant aussi, au risque de nous faire honnir par un confrère américain, qu'il aurait peut-être mieux valu laisser tranquille la balle de M. Garfield et se contenter de panser le trajet antiseptiquement. C'est là, je crois, la manière de voir de nos meilleurs chirurgiens.

***

Quand donc cessera-t-on de décorer pour faits relatifs à la guerre franco-allemande de 1870-71 ? Si l'on tient absolument à décorer les gens, qu'on le fasse, mais sans chercher des motifs aussi éloignés. M. Marion Sims est un grand gynécologiste, tout le monde le sait; on l'a fait chevalier de la Légion d'honneur en 1864 pour récompenser les services qu'il avait rendus à la cause des fistules vésico-vaginales, rien de mieux. Le 13 juillet dernier, un décret lui conférait le titre d'officier de la Légion d'honneur « pour services rendus comme chirurgien en chef de l'ambulance anglo-américaine à la bataille de Sedan. » De deux choses l'une, où M. Sims méritait en 1871 la distinction qu'on lui accorde aujourd'hui, et alors on ne comprend pas pourquoi on la lui a fait attendre onze années; ou bien il ne la méritait pas, puisqu'on ne la lui a pas accordée, et alors on aurait pu chercher dans son passé scientifique un autre prétexte qui certainement s'y serait trouvé.

SIMPLISSIME.

chez des peuples qui avaient peu de rapports entre eux. Je compte 44 espèces de l'ancien monde qu'on sait avoir été cultivées depuis plus de quatre mille ans, et cinq du nouveau monde dont la culture est probablement aussi ancienne.

Parmi ces quarante-neuf espèces, le Maïs n'a jamais été trouvé à l'état sauvage; la Fève et le Tabac (*Nicotiana Tabacum*) n'ont été trouvés qu'une fois; enfin, le Pois-chiche, la Lentille, l'Ers (*Ervum Ervilia*) et le Froment n'ont été trouvés que très rarement et dans des conditions douteuses quant à la qualité spontanée. Je laisse de côté d'autres Céréales et Légumineuses qu'on n'a pas trouvées non plus, mais qui dérivent probablement de certaines formes différentes, spontanées ou cultivées. Le Maïs est la seule espèce du genre Zea. Il est tellement facile à reconnaître, que les voyageurs dans l'Amérique tropicale l'auraient signalé s'ils l'avaient vu hors des cultures. Les indigènes l'employaient avant l'arrivée des Européens, depuis le Pérou et le Brésil jusqu'à la région du Mississipi; par conséquent il est probable qu'ils avaient connu l'espèce sauvage dans divers pays.

La Fève est également unique de son genre, et sa culture était répandue dans toute l'Asie tempérée, même en Chine, il y a des milliers d'années. Un seul collectionneur, Lerche, l'a trouvée sauvage, dans un désert au midi de la mer Caspienne. Je me suis assuré que son échantillon existe dans l'herbier de Saint-Pétersbourg, avec les indications précises de l'origine. Or, depuis 1773, date de la publication de Lerche, les nombreux botanistes qui ont parcouru les régions du Caucase, de la mer Caspienne et en général l'Orient, n'ont pas vu la Fève spontanée. Il est possible que l'espèce ait achevé dans le XIX[e] siècle son existence à l'état sauvage. Après examen de ce qui concerne le Froment (*Triticum vulgare*), j'estime qu'il est à peu près éteint, comme la Lentille, l'Ers et le Pois-chiche. Toutes les espèces dont je viens de parler présentent le caractère d'avoir des graines remplies de fécule, sans aucune protection contre les rongeurs et les insectes, qui les recherchent avec avidité. Il n'est pas surprenant qu'elles périssent dans la lutte pour l'existence. Plus l'homme les multiplie dans ses cultures et en jette des semences par hasard hors des champs, plus les animaux qui les recherchent pullulent de manière à les détruire. On ne peut pas en dire autant du Tabac, dont les graines sont bien différentes. Il a été trouvé sauvage, avec certitude, dans un seul point de la République de l'Equateur, par M. Edouard André. J'ai vu ses échantillons, qui sont bien du *Nicotiana Tabacum*. Puisque les indigènes fumaient ou mâchaient le tabac, depuis le Pérou jusqu'aux États-Unis, il est probable que l'habitation a été une fois plus vaste. J'ignore si la plante est attaquée en Amérique par des insectes, ou si elle présente quelque autre cause de faiblesse dans la lutte. Ordinairement ces détails physiologiques sont peu connus, quoique les ouvrages de Darwin aient fortement éveillé l'attention.

Quoi qu'il en soit de cette espèce, le fait que, sur quarante-neuf plantes cultivées depuis plus de quatre mille ans, six ou sept sont en voie d'extinction ou éteintes, est digne de remarque.

Si dans l'ensemble des plantes phanérogames, il s'est éteint de la même manière 10 à 12 p. 100 des espèces pendant l'époque historique, c'est un changement notable, d'autant plus qu'il se serait effectué, à la surface de vastes continents, sans aucune cause apparente que la lutte entre les espèces des deux règnes.

On accuse l'homme d'être la cause directe ou indirecte de la destruction de beaucoup de végétaux et animaux. Je conviens qu'en introduisant la Chèvre, le Porc et des Rongeurs dans de petites îles comme Sainte- Hélène ou Juan-Fernandez, il a fait disparaître quelques espèces; mais, en revanche, la culture sur les continents a donné à beaucoup d'autres une bonne chance d'étendre leurs habitations, par des semis accidentels qui les naturalisent dans de nouveaux pays. Si quelquefois ces semis ne produisent aucun effet, ce n'est pas la faute de l'homme, mais de la plante qui n'estpas assez forte ou assez féconde. »

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

Un cas d'ulcère conjonctival syphilitique, dans la période primitive de cette maladie, a été observé par M. le professeur Del Monte, à sa clinique oculistique, et recueilli par M. le docteur G. Sbordone.

Les lésions de ce genre sont des plus rares; on sait que les affections de la muqueuse oculaire appartiennent plutôt au second stade de la maladie et ont pour caractéristique les gommes dont le siège de prédilection est la marge de la cornée. L'observation de M. le professeur Del Monte est donc intéressante par son peu de fréquence; elle s'ajoute aux faits qui ont été publiés depuis quelques années par Bouchut, Manthner, Galezowski, Diethen, Savy, Bull et Boucheron.

— M. le professeur D'Ambrosio ayant dans son service d'hôpital un malade atteint depuis longtemps de psoïtis double suppurée, d'un diagnostic difficile, en a fait l'objet d'une de ses leçons de clinique chirurgicale. Avec beaucoup de sagacité, ce maître a su analyser et commenter tous les symptômes présentés par son malade dont la constitution affaiblie laissait peu d'espoir de guérison.

Une incision pratiquée dans la fosse iliaque droite donna issue à une quantité de pus fétide. Au moyen d'un gros tube à drainage laissé dans la plaie, des injections d'abord phéniquées, puis avec de l'iodoforme et de la glycérine, furent faites journellement sans amener aucune modification dans les surfaces sécrétantes ni dans la constitution du sujet, qui succomba vingt-cinq jours après l'opération par infection purulente, malgré l'emploi judicieux de la méthode antiseptique. (*Il Movimento medico-chirurgico*, nos 3 et 4.)

— Les faits de trépanation pour extraire des projectiles de la cavité crânienne sont assez rares pour nous permettre de signaler l'observation de M. le professeur Galozzi, de Naples. Le blessé avait reçu plusieurs coups de revolver quelque temps avant son entrée à l'hôpital; l'un, entre autres, dans l'angle postéro-inférieur de la region pariétale gauche; il survint bientôt des convulsions épileptiformes et de l'aphasie, ce qui permit au professeur d'affirmer la présence de la balle dans le voisinage de la troisième circonvolution frontale gauche. M. le professeur Vizioli fut chargé d'employer, à la recherche de la chevrotine, l'appareil électrique construit à cet effet et grâce auquel on parvint facilement à trouver le corps étranger. M. Galozzi put dès lors opérer avec assurance et extraire la balle sans difficultés. Durant le sommeil anesthésique, les pulsations du cerveau n'eurent pas lieu; elles ne reparurent qu'après l'effet du chloroforme. Le malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

— Les fascicules V et VI du journal *Il Morgagni*, ont publié une leçon clinique de M. le professeur A. Cantani sur un cas de paralysie bulbaire progressive avec atrophie musculaire également progressive. Le sujet, une dame de 43 ans, fait remonter ses souffrances à trente mois environ; d'abord, il y eut de l'enrouement, puis un sentiment de constriction au cou et de la difficulté dans la déglutition et dans le langage. Les muscles de la main s'atrophièrent, surtout du côté droit, dans le premier espace intermétacarpien de la région dorsale et palmaire; les parties atrophiées étaient agitées par des mouvements fibrillaires. Le visage de cette malade est asymétrique, le côté droit est plus arrondi que le gauche; la langue est gonflée; et garde l'empreinte des dents; la luette est inclinée du côté gauche.

On ne constate aucun trouble du côté de l'intelligence.

M. le professeur Cantani place le siège de la maladie dans le bulbe, comme l'avaient fait dans des cas semblables Charcot, Wachsmuth et Kussmaül. Le traitement institué a consisté dans l'alimentation par le rectum, l'application de courants continus sur les parties paralysées, l'iodure de potassium et l'arsenic en solution; ces moyens, du reste, n'ont été employés qu'à titre de palliatifs, l'issue devant être fatalement mortelle.

— La *mortalité*, la *morbidité* et la *météorologie* à Milan en juin 1882.

D'après le dernier recensement fait au 31 décembre 1881, la ville de Milan comprenait 321,839 habitants, tant à l'intérieur que dans les faubourgs. L'état civil a enregistré, dans le mois de juin de cette année, 812 décès, qui se répartissent de la façon suivante :

434 morts du sexe masculin;
378 — féminin.

Sur ces chiffres, on doit défalquer 54 morts-nés.

Causes des décès. — Diphthérie, 13; rougeole, 17; scarlatine, 10; variole, 2; croup, 15; fièvre typhoïde, 31; affections cancéreuses, 37; mali celtici, 11; phthisie, 111; morts subites, 75; cachexie palustre, 4; épilepsie, 11; par suite de traumatisme, 2; pellagre, 7; suicides, 5.

Bulletin météorologique.

Moyenne de la pression atmosphérique pendant le jour.....	748mm34
— de la température pendant le jour...............	21°54
— de l'humidité relative pendant le jour............	52.5

Le vent est-sud a prévalu pendant tout le mois.

Quantité de pluie.............................. mill, 55mm80

(*Gaz. med. ital. Lombardia*, 26 août 1882, n° 34.)

— *Laparatomie* exécutée par M. le professeur A. d'Antona, de Naples, pour un fibro-myome de l'utérus.

Le 5 août, ce chirurgien enlevait à une femme de 37 ans un gros fibro-myome utérin du

poids de 12 livres; l'opération était devenue urgente par les troubles graves de l'innervation et surtout par des pertes excessives que la malade avait supportées depuis quelques mois. La tumeur fut extraite en bloc sans que l'opérateur ait cru devoir la morceler, ce qui, par parenthèse, est bien plus commode et beaucoup plus facile. Très adhérente aux organes du petit bassin, il fallut pour l'en séparer rompre tous les points d'attache, tantôt par simple déchirure, tantôt par de véritables résections entre deux ligatures. La plus grande difficulté eut lieu au niveau de la paroi postérieure de la vessie, intimement unie au néoplasme. Pour l'en séparer le chirurgien dut par une incision, se décider à laisser adhérente au fibro-myome l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent de la paroi vésicale. Quelques points de suture au catgut furent aussitôt placés, ainsi que sur la surface de section de l'utérus. Les organes furent replacés dans l'abdomen et le péritoine soigneusement nettoyé; quelques fils réunirent la plaie abdominale et un pansement antiseptique termina la scène. Un cathéter demeura plusieurs jours dans la vessie, pour permettre l'écoulement constant de l'urine; on le supprima bientôt et la malade guérit sans présenter d'incidents qui méritent d'être rapportés. (*Gaz. degli ospitali di Milano*, n° 69 ; 27 août.)

— Nous sommes un peu en retard pour signaler à nos lecteurs les mémoires originaux consignés dans les bulletins des sciences médicales que la Société médico-chirurgicale de Bologne publie chaque mois; la régularité dans l'envoi de ce périodique nous permettra désormais d'en donner plus souvent le compte rendu.

Nous nous bornerons cette fois à une simple nomenclature de quelques travaux remarquables parus depuis le commencement de l'année.

Le numéro de janvier contient une belle observation, de M. le professeur Calori, d'une inversion splanchnique générale, accompagnée de diverses autres anomalies sur le même sujet : rapporteur, M. le docteur Luigi.

M. le docteur Giuseppe Badaloni nous montre, dans le second numéro, un beau résultat obtenu par l'autoplastie (procédé de Celse), pour un vaste épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure.

L'excision complète de la tumeur a réussi au docteur Guido Bendandi dans deux cas de pustule maligne. Rappelons que ce procédé opératoire est presque toujours employé en Hollande où il donne des résultats magnifiques. La relation des deux faits du chirurgien italien est le prétexte d'une lettre par lui adressée à M. le professeur Giovanni Brugnoli, que reproduit le numéro du mois de mars.

Nous signalerons encore l'*Introduction au cours de psychiâtrie à l'Université de Pavie*, par M. le docteur Antigono Raggi.

Le professeur avait choisi pour thème : De l'utilité des études psychiques pour le médecin. Un sujet aussi délicat ne pouvait qu'inspirer des considérations de valeur et des vues philosophiques élevées, M. le docteur Raggi s'est montré à la hauteur de son sujet.

L'Italie après l'Allemagne, l'Angleterre, l'Amérique, la France, commence à pouvoir réunir un certain nombre d'observations d'allongements nerveux suivis de guérison; nous en avons déjà signalé plusieurs cas dans nos précédentes revues. Le numéro de mai des *Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Bologne* nous permet aujourd'hui d'appeler l'attention sur quatre nouveaux faits appartenant à M. le docteur Luigini Medini, chirurgien en chef du grand hôpital de Bologne.

Le premier est relatif à une névralgie du nerf alvéolaire inférieur du côté droit; le second à une ischialgie gauche invétérée et rebelle; le troisième a une sciatique incurable. Dans ces trois observations, l'allongement du nerf malade amena la guérison. Le quatrième cas n'a procuré qu'une amélioration, mais il s'agissait de combattre des désordres graves occasionnés par une myélite transversale diffuse; l'allongement du sciatique droit donna cependant un peu de répit au malheureux tabétique.

Cette question de l'allongement des nerfs est tout à fait à l'ordre du jour; M. le docteur Agostino Rossi l'a déjà étudiée au point de vue expérimental. Il a constaté que, dans les premiers jours qui suivent l'opération, le nerf subit un état d'hyperplasie qui porte sur tous ses éléments; la membrane médullaire se modifie dans sa continuité par ce fait que le traumatisme a complètement détruit quelques-unes de ces parties. Au bout de quarante jours, les choses ont repris leur état normal. Relativement au cylinder axis, il semble qu'on puisse conclure qu'il n'a subi aucune lésion de continuité lorsque l'allongement s'est fait d'une façon modérée. (*Comptes rend. acad. scienc. de Bologne*, séance du 25 mai 1882.)

D[r] G. Millot-Carpentier.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE L'ICTÈRE. — BAMBERGER.

Extrait d'aloès . . . . 2 à 3 grammes.
Extrait de rhubarbe composé. . . . . . . 2 grammes.
Extrait de pissenlit, q. s. pour 60 pilules.

Trois matin et soir, dans le cas d'ictère, pour favoriser la sécrétion de la bile, en régularisant les mouvements péristaltiques. — N. G.

COURRIER

Par décret en date du 5 octobre 1882 ont été promus, dans le corps de santé de l'armée de terre:

Au grade de médecin principal de 1re classe: M. le docteur Mathis.

Au grade de médecin principal de 2e classe: MM. les docteurs Moussu, Haro et Dieu.

Au grade de médecin-major de 1re classe: MM. les docteurs Delamare, Desmonceaux, Lœwel, Cuq, Guilhem, Lepage, Lux, Bachelet, Desprez, Millet, Bourgeois, Laurent, Foulquier, Bressy, Florance, Demmler, Breton, Donat, Bédoin, Jacquin, Bidalot, Grach, Le Cadre, Viguenaud, Vincent et André.

Au grade de médecin-major de 2e classe: MM. les docteurs Demeunynck, Bayard, Philippi, Tardif, Gross, Festy, Viguier, Bouillon, Charpentier, Sacreste, Lorit, Descargues, Bréau, Blanchetière, Kleinpetter, Cassedebat, Munier, Sockeel, Burlureaux, Chopinet, Villegente, Calmette, Duléry, Héricourt, Longuet, Guichet, Baudoin, Barois, Roux, Loillier, Pitot, Lauzeral, Ferry, Bergounioux, Ravenez, Massonnaud, Schmitt, Darde, Soulié, Duponchel, Catrin, Amat, Grivet, Chagnaud, Bourgeois, Baudin, Petitpoisson, Chouet, Brégi, Leuc, Refroigney, Tartière, Taffin, Pozzo di Borgo, Lèques, Perrin (A.-G.-M.), Ganzin, Héral, Hecquin, Perrin (P.-V.), Bories, Pugibet, Poché, Bousquet.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe: M. Pélissié.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe: MM. Debeaux et Viltard.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe: MM. Barillé, Dubois, Moisonnier, Lacour et Raby.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe: MM. Speiser, Choisel, Simair, Goutte, Bocquet, Tillion, Quiquet, Péré, Rœser, Gessard, Simon.

Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire. — M. le docteur H. Picard commencera ce cours le lundi 16 octobre, à 8 heures du soir, 13, rue Suger, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante: *Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge (diarrhée, dysenterie, choléra infantile).*

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1883, à M. le docteur Léon RIEUX, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CHYLURIE ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 22 juillet 1882,

Par le docteur A. FERRAND, médecin de l'hôpital Laënnec.

Messieurs, vous avez pu voir, à notre dernière séance, un jeune noir que j'y fis venir pour vous le présenter, et qui est actuellement dans mon service de l'hôpital Laënnec, Ce jeune garçon est atteint d'une maladie curieuse, que nous ne rencontrons que rarement dans nos contrées, et sur laquelle je vous demande la permission d'arrêter votre attention. Mon savant collègue, à ce même hôpital, M. Damaschino, veut bien compléter cette étude en vous exposant les résultats des observations intéressantes qu'il a faites, et que j'ai pu faire avec lui sur ce sujet.

L. Anhis est un garçon de 16 ans, originaire de Zanzibar, nègre, né d'un père anglais et d'nne mère noire. Son père est mort quand il avait 6 ans, et il en avait 9 quand il perdit sa mère. Après avoir voyagé quelque peu de Mayotte à Nossi-bé, puis être resté quelque temps encore à Zanzibar, il vint à Paris vers l'âge de 10 ans et y est depuis lors, en qualité de domestique, dans une maison où il ne paraît avoir que peu d'occupation, tout en jouissant d'une très bonne hygiène.

Avant son arrivée en France, il paraît n'avoir jamais été sérieusement malade. Arrivé en 1880, il souffrit, environ deux fois par semaine, de maux de tête assez violents, et devait alors garder le lit un jour ou deux.

C'est le 15 août 1881 que les accidents actuels ont paru débuter. Je lis dans les notes recueillies alors par M. Toupet, interne provisoire, que le malade eut à ce moment de violentes coliques, accompagnées, pendant cinq jours, de diarrhée plus ou moins mêlée de sang. C'est aussitôt après que, sans aucun phénomène prémonitoire du côté des reins ou de la vessie, il s'aperçut qu'il urinait du sang. Peu de jours après on l'amena à ma consultation et je le reçus dans mon service.

A son entrée, ce jeune nègre examiné avec soin, ne me parut avoir aucune lésion viscérale importante. Sauf un peu de lenteur cérébrale, une sensation de faiblesse et de fatigue, à laquelle cèdent souvent beaucoup trop facilement les gens de cette couleur, et un léger souffle au cœur, ayant son maximum à la base et au premier temps, et se retrouvant dans les vaisseaux, sauf cela, je ne trouvai aucun organe malade et réclamai l'examen des urines. Celles-ci étaient en effet le siège d'une altération des plus remarquables, et ce fut avec l'apparence d'un verre de lait légèrement sali qu'elles me furent présentées.

Bien qu'ayant toujours plus ou moins le caractère lactescent, les urines n'étaient pas constamment identiques à elles-mêmes, et je fis recueillir séparément toutes les mictions qui avaient lieu dans les vingt-quatre heures. J'observai ainsi quelques variantes qui se traduisaient ainsi : les urines de la seconde moitié de la nuit étaient plus ou moins sanguinolentes, contenaient même beaucoup de caillots sanguins, plus ou moins rassemblés au fond du vase, quelques-uns de ces caillots rouges nageant au milieu du liquide ; le liquide lui-même assez lactescent, opaque, blanchâtre, fluide néanmoins, surnageait les caillots. A la fin de la nuit, la quantité de sang et de caillots diminuait beaucoup dans l'urine, dont l'aspect blanchâtre et lactescent s'accusait davantage.

Les urines gardaient ces caractères tout le matin, pour devenir moins laiteuses

ensuite; et, dans la soirée, tout en demeurant louches et opalines, elles perdaient encore de leur aspect laiteux, et devenaient un peu plus jaunâtres ou légèrement ambrées. A ce moment, le sang n'y était plus contenu qu'en une faible proportion, sans toutefois disparaître totalement. La quantité d'urine ainsi rendue m'a paru être notablement accrue.

Il me fut facile de me conaincre que cette apparence laiteuse était due à la présence dans l'urine d'une quantité considérable de graisse finement émulsionnée. En l'agitant dans un tube avec un peu d'éther, il est facile de séparer la graisse de l'urine; la graisse se dissout dans l'éther et laisse une urine ambrée et d'aspect normal; et si l'on décante l'éther et qu'on l'évapore dans une capsule, il se dépose une couche irrégulière de graisse jaune, facile à constater.

Ce double caractère d'une urine chargée de sang et de graisse, paraît donc bien justifier le nom de *hémato-chylurie*, qui a été attribué par plusieurs auteurs à cette maladie.

L'examen microscopique de l'urine y fait voir avant tout un grand nombre d'hématies ou globules rouges du sang, plus ou moins altérés, des leucocytes en proportion plus élevée que dans le sang lui-même, et enfin des granulations graisseuses pulvérulentes et tellement fines qu'elles peuvent facilement échapper à l'examen. Un examen ultérieur nous a permis d'y retrouver les cadavres des filaires mais toujours en petite quantité.

L'analyse chimique, que M. Mehu a bien voulu faire, a donné les résultats suivants, d'après une note que je dois à son obligeance et que je cite textuellem ent

Réaction faiblement acide; par 1,000 grammes l'urine contient:

Urée.	11,09	
Albumine	20,65	
Matières grasses.	8,27	
Fibrine libre.	0,38	extraite du caillot.
Sels minéraux anhydres	9,02	
Matières organiques diverses. .	6,80	

Peu après sa sortie de la vessie, cette urine se prenait en masse, en raison de la coagulation spontanée de la fibrine, comme dans l'épanchement de la pleurésie franche (coagulation du plasma). La plupart des caillots étaient opaques, d'un blanc laiteux, mais quelques-uns avaient des stries sanguinolentes. Toutefois, la quantité de fibrine, correspondante au poids des globules rouges, ne dépasssait guère 2 ou 3 milligrammes, alors que 1,000 grammes de cette urine donnaient 381 milligr. de fibrine sèche. Le poids de l'albumine s'élevait au chiffre énorme de 20 grammes 65 par kilog. Il y avait donc un véritable épanchement de plasma sanguin, peu chargé de globules, conclut M. Méhu.

On ne trouve chez ce malade aucune apparence d'éléphantiasis, aucune modification du scrotum qui dénote d'ectasie lymphatique.

Seulement, à l'aine gauche, un des ganglions se présente avec un volume un peu exagéré, celui d'une aveline environ, et avec la consistance molle et pâteuse qui peut appartenir à une varice lymphatique. Ceci est d'ailleurs totalement indolore, soit spontanément, soit à la pression.

L'examen du sang fait sur ces entrefaites avec mon ami, M. le docteur Tapret, ne nous fait voir rien d'anormal, mais une diminution assez considérable des globules rouges. Ceux-ci comptés selon la méthode du professeur Hayem, accusent une diminution marquée par le rapport de 142 à 127 au mois de septembre, et cette même opération répétée au mois d'octobre dénote une légère augmentation de 2,700,000 à 3,100,000.

C'est alors que l'examen du sang fait au microscope ayant été pratiqué la nuit, dans le laboratoire de M. Damaschino, notre savant collègue nous fait constater la présence des filaires qu'il va décrire.

Malgré cette énorme déperdition de matières grasses et de caillots sanguins, le sujet ne présente qu'une anémie modérée. Rien n'est changé dans ses habitudes,

quant à l'alimentation et au sommeil. Son poids varie peu et oscille autour de 100 livres.

Les caractères des urines changent peu ; cependant, au début, peu après qu'elles avaient été émises, elles se prenaient en une gelée de couleur chair, rosée et opaline. Elles sont devenues peu à peu plus franchement lactescentes ; à aucune période on ne put découvrir de traces de sucre, et les cristaux s'y sont trouvés peu abondants.

Les choses marchèrent ainsi jusqu'à la fin de décembre. Le 25 décembre, M. Lecoq, mon interne, me fit observer que les urines étaient tout à coup redevenues normales. En même temps, le malade se plaignait d'un malaise fébrile, et on le trouvait dans un état saburral dénotant, en l'absence de tout autre symptôme, un embarras gastrique fébrile.

Jusqu'au 24 mai de cette année 1882, les urines ont repris l'aspect normal ; elles sont claires et ne précipitent pas par les réactifs.

Le malade étant réellement bien réclame sa sortie. Mais, dès le lendemain, les accidents se reproduisent. M. Bodinier, mon excellent interne, le reçoit se plaignant de douleurs spontanées et à la pression dans le flanc gauche, en même temps que d'une sensation de pesanteur désagréable dans la même région. Les urines se rencontrent de nouveau, troubles, rougeâtres, se prennent en une gelée tremblotante peu à près leur émission, et peu à peu, le caillot se rétractant, tombe au fond du vase, et il surnage un liquide opalescent, tout comme auparavant. En même temps, le malade présente de nouveau tous les symptômes d'un embarras gastrique fébrile : céphalalgie, vertiges, anorexie, nausées et vomissements ; il accuse aussi quelques palpitations de cœur. L'auscultation ne fait encore rien découvrir ni au cœur ni au poumon ; mais la chaleur est assez élevée, au voisinage de 40°.

Ces accidents n'ont pas de durée, et les premiers jours de juin l'urine redevient blanchâtre et presque puriforme. Les mêmes variations se présentent encore dans la composition de l'urine aux différentes heures du jour, et l'hémato-chylurie reprend comme au début.

Cette fois cependant, elle s'atténue plus rapidement et aujourd'hui, bien que l'urine ne soit pas pure, elle n'est plus guère qu'opalescente.

Ces variations nous permettent de placer sur le même rang les variations éprouvées par l'urine dans les vingt-quatre heures, et celles qui se passent d'une crise à l'autre. Rien de plus chronique que cette marche morbide, bien qu'elle n'aille pas sans comporter de nombreuses crises d'accidents aigus.

En résumé, la crise qui avait duré 4 mois et demi (du 15 août au 25 décembre), s'est suspendue pendant le même temps pour reprendre, mais avec moins d'acuité et moins de force.

OPHTHALMOLOGIE

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LA RÉTINITE DITE ALBUMINURIQUE ;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 juin 1882,

Par le docteur Ch. Abadie.

La rétinite dite albuminurique a été signalée dans le cours de certaines affections rénales, aussi bien dans la néphrite interstitielle que dans la néphrite parenchymateuse. On l'a observée également dans l'albuminurie des femmes enceintes, et dans l'albuminurie dyscrasique liée à une altération du sang. De telle sorte qu'aujourd'hui, quand l'ophthalmoscope nous révèle chez un malade la présence de ces lésions rétiniennes caractéristiques, nous avons l'habitude d'en conclure que ses urines renferment de l'albumine.

L'observation successive de deux malades. qui dans l'espace de quelques mois ont passé sous mes yeux, m'a prouvé que la signification séméiologique de cette variété de rétinite doit être modifiée.

Il est certain en effet, comme on va le voir, que ces lésions rétiniennes peuvent exister sans qu'il *y ait trace d'albumine dans les urines*. Elles sont alors l'indice d'une affection rénale grave (néphrite interstitielle) que l'examen des urines est encore impuissant à révéler. Dans ces cas, l'exploration ophthalmoscopique du fond de l'œil acquiert une importance de premier ordre. Voici les faits :

Le 25 février 1882, le nommé C..., cocher, âgé de 50 ans, se présente à ma clinique, se plaignant d'un trouble de la vue qui remonte à une quinzaine de jours environ. Il s'agit évidemment chez lui d'une affection du fond de l'œil, car extérieurement les globes oculaires ne présentent rien d'anormal. J'examine ce malade à l'ophthalmoscope et je découvre de chaque côté les lésions caractéristiques de la rétinite albuminurique. Plaques graisseuses, blanchâtres, disséminées sur le pourtour du nerf optique, quelques-unes affectant la forme d'un rein; çà et là, des hémorrhagies rétiniennes, particulièrement sur le trajet des vaisseaux papillaires inférieurs (image renversée).

Dans la région de la macula, quelques petites plaques graisseuses, mais pas de ces points brillants, ni la figure étoilée, que l'on observe fréquemment. Sur les deux yeux, les lésions sont à peu près les mêmes. Le champ visuel est normal, sauf en haut où il ne s'étend que jusqu'à 30° à gauche et à 40° à droite. L'acuité visuelle, à peu près la même des deux côtés, est réduite à un tiers environ.

En présence de ces altérations si typiques, j'annonce aux élèves réunis ce jour-là à ma clinique que nous nous trouvons en présence d'un malade atteint de rétinite albuminurique et que nous allons très probablement trouver de l'albumine dans son urine. On l'examine séance tenante et, à mon grand étonnement, je constate qu'elle n'en contient pas trace. Elle ne renfermait pas non plus de sucre. J'interroge alors le malade sur ses antécédents et voici ce qu'il nous apprend :

Il y a de cela quatre mois, il fut pris, dans l'espace de quelques jours, d'une soif inextinguible au point qu'il était obligé de boire au seau pendant qu'il lavait sa voiture. Il urinait en quantité considérable et se levait plusieurs fois la nuit pour satisfaire ce besoin. Puis il éprouva bientôt des troubles digestifs. Presque journellement, il avait des vomissements glaireux, peu abondants, qui survenaient sans raison apparente, le plus souvent avant les repas, et qui ne semblaient nullement liés à une affection de l'estomac. En même temps, il souffrait de la tête, son caractère changeait, il devenait triste; il lui semblait que ses forces physiques et morales l'abandonnaient; il était très abattu et très découragé. Son médecin habituel avait examiné ses urines à plusieurs reprises différentes, et, n'ayant trouvé ni sucre ni albumine, avait diagnostiqué une polyurie simple.

Malgré tout, malgré l'absence d'albumine, les lésions rétiniennes si nettes et si caractéristiques me portaient à croire à une affection rénale. Je percutai et auscultai avec soin la région précordiale, et il me fut facile de constater une hypertrophie cardiaque avec le bruit de galop signalé par M. le professeur Potain. En outre, ces vomissements journaliers et ces céphalées tenaces devaient être mis, à mon avis, sur le compte de l'intoxication urémique dépendant d'une néphrite interstitielle.

J'engageai ce malade, qui me paraissait offrir quelque intérêt, à entrer dans le service de M. le professeur Bouchard dont je désirais beaucoup avoir l'avis. Il fut reçu à Lariboisière, mais il n'y resta que trois jours au bout desquels, pris de nostalgie, il demanda à sortir.

Pendant son court séjour dans les salles de l'hôpital, les urines furent examinées avec soin, et on constata qu'elles ne contenaient pas trace d'albumine. Sans être absolument affirmatif, le diagnostic porté fut pourtant celui de néphrite interstitielle. A partir de ce moment, j'ai cessé de voir ce malade, mais son médecin habituel, qui l'a suivi jusqu'à sa mort, a bien voulu me remettre la note suivante :

A sa sortie de l'hôpital, M. C..., soumis à la diète lactée, ne tarda pas à voir ses forces péricliter, les vomissements glaireux devinrent de plus en plus fréquents et abondants. A propos de rien il était pris de frissons violents avec soif ardente. Il finit par uriner sous lui, et une diarrhée incoercible se déclara. A ce moment seulement, c'est-à-dire huit jours avant sa mort, l'urine, qui était toujours examinée de temps à autre, *renferma des flots d'albumine.* Du côté de l'aîne apparut une tuméfaction inflammatoire énorme qui gagna le scrotum, un abcès se produisit et s'ouvrit spontanément, répandant une horrible fétidité. Enfin, trois jours avant de mourir, il fut pris d'un délire furieux suivi, le lendemain, d'une prostration complète et d'accidents pulmonaires auxquels il succomba le 5 mai.

Quant au second malade, voici en quelques mots son histoire :

Dans le commencement d'avril 1882, M..., qui occupait une position importante dans une

grande compagnie de chemins de fer, se présente à mon cabinet pour me consulter au sujet d'un affaiblissement de la vue qui le préoccupe beaucoup depuis quelque temps.

A l'ophthalmoscope, je reconnais les lésions caractéristiques de la rétinite albuminurique. Chez lui, en particulier, outre les plaques graisseuses et les hémorrhagies habituelles, les stries blanchâtres rayonnantes, caractéristiques de la région de la macula étaient très marquées. Je conseille à ce malade de faire examiner ses urines, lui disant qu'elles doivent contenir de l'albumine, et je lui remets une note pour appeler sur ce point l'attention de son médecin habituel.

Au bout de trois semaines, M... revient me voir, trouvant que sa situation ne s'est nullement améliorée, au contraire. Sa vue continue à baisser, son état général devient mauvais, et il ne sait à quelle cause attribuer ce qu'il éprouve.

Conformément à mes indications, son médecin a examiné les urines, les a trouvées absolument normales, et ne peut accepter mon diagnostic. J'examine de nouveau le fond de l'œil, les lésions rétiniennes n'ont fait que s'accentuer et ne peuvent laisser aucun doute sur la certitude du diagnostic. De plus, éclairé par le cas précédent qui était resté gravé dans mon esprit. Je remets à ce malade la note suivante que je recopie textuellement : « Bien que les « urines de M... ne renferment actuellement ni sucre ni albumine, le fond de l'œil présente « les altérations qu'on observe dans la néphrite interstitielle. Il importe que l'attention soit « dirigée de ce côté. »

Je reste un mois sans avoir des nouvelles de M... Après ce laps de temps, il revient me voir et me raconte que trouvant qu'il allait de mal en pis, il s'est décidé à aller consulter le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui, ayant lu la note que je lui avais laissée, a de nouveau examiné ses urines et y a trouvé de l'albumine. Il me remet alors une ordonnance où je trouve inscrit le diagnostic suivant : « *Néphrite interstitielle. Bruit de galop. Albuminurie et dyspnée symptomatique, albumine rétractile.* »

Le traitement local n'ayant désormais aucune importance, je n'ai plus revu ce malade, et j'ignore ce qu'il est devenu.

Ces observations m'ont paru dignes d'être signalées à plusieurs points de vue.

D'abord l'existence d'une rétinite albuminurique typique, alors que l'examen de l'urine répété à plusieurs reprises restait toujours négatif, prouve que la qualification de rétinite albuminurique n'est pas toujours exacte. L'expression de *rétinite brightique* ou mieux encore *rétinite d'origine rénale* est préférable.

De plus, nous ferons remarquer que dans ces cas le trouble de la vision résultant des lésions rétiniennes a permis de dépister la lésion rénale et a mis sur la voie du diagnostic de l'affection principale.

Quant à ce qui concerne la pathogénie des lésions rétiniennes, il est aussi permis de dire, d'après ce qui précède, qu'elles ne relèvent pas du simple fait de la présence de l'albumine dans les urines puisqu'elles peuvent exister quand l'albumine fait défaut.

Enfin, en raison de son apparition précoce, on peut même se demander si le processus qui frappe la rétine ne s'établit pas d'emblée dans le tissu de cette membrane d'une façon indépendante de l'état du rein.

L'on a discuté pendant longtemqs pour savoir si l'hypertrophie ventriculaire et la lésion cardiaque étaient indépendantes et contemporaines de la lésion rénale, ou lui étaient subordonnées. La question paraissait difficile à résoudre par la clinique seule. L'anatomie pathologique est venue ici à son secours. Les recherches de Debove, Letulle et Rigal ont montré que l'hypertrophie ventriculaire n'est pas une simple hypertrophie de compensation, portant exclusivement sur le développement et la fibre musculaire cardiaque.

Ces observateurs ont reconnu que l'hypertrophie portait aussi sur le tissu conjonctif interstitiel et que le processus était par conséquent comparable à celui qui intéresse le rein lui-même. Il en est probablement de même pour la rétine, et les altérations de cette membrane délicate peuvent se produire de bonne heure avant que le rein soit profondément désorganisé. Sans avoir la prétention de résoudre un difficile problème de pathologie générale, ces faits tendraient à prouver qu'il s'agit dans ces cas non pas seulement d'une simple maladie du rein, mais d'une

affection plus générale dans laquelle le rein est frappé lui-même en même temps que d'autres organes.

BIBLIOTHÈQUE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES DES PHARMACIENS MILITAIRES FRANÇAIS, par M. A. BALLAND, pharmacien-major de 1re classe, à Paris, 1882; Asselin.

En publiant cette brochure, l'auteur a voulu fournir un argument contre ceux qui demandent la suppression du corps des pharmaciens militaires. Montrer, par un index bibliographique complet que ces pharmaciens sont des savants toujours laborieux, était assurément une excellente réponse aux critiques qu'on a pu faire. Mais cette démonstration ne prouvera pas aux partisans de la suppression de ce service qu'ils ont absolument tort. Ces travaux sont des titres d'honneur professionnel et témoignent de la haute valeur scientifique traditionnelle des pharmaciens militaires français. Le mémoire de M. Balland intéressera donc vivement tous ceux qui ont quelque souci des choses de l'armée et des intérêts divers de la défense nationale.

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES TEMPÉRATURES PÉRIPHÉRIQUES, par M. le docteur SARDA. — Montpellier, Hamelin; 1882.

Cette thèse inaugurale a pour objet l'étude des températures périphériques dans la tuberculose pulmonaire. Les conclusions de l'auteur sont conformes aux faits observés par M. le professeur Peter. Le chapitre le plus remarquable de ce mémoire est celui dans lequel M. Sarda s'efforce de déduire des conclusions thérapeutiques de la marche de la température locale. C'est un bon résumé des indications des divers procédés de la méthode révulsive (teinture d'iode, vésicatoire, cautérisation) contre les accidents congestifs causés par le tubercule. Cette thèse a donc été écrite dans un but pratique.

ETUDE SUR LA DÉPRESSION DU CRANE PENDANT LA SECONDE ENFANCE, par M. le docteur GUERMONPREZ. — Paris, Asselin; 1882.

Le mémoire de notre fécond et savant confrère a pour but de démontrer que la dépression du crâne devient une cause d'altérations psychiques d'autant plus importantes que la lésion est plus localisée dans la région frontale gauche. Cette dépression peut devenir alors un obstacle à l'évolution des facultés psychiques, quand elle survient dans la deuxième enfance, et donner lieu alors à la microcéphalie définitive.

Cette étude est donc une intéressante contribution à l'étude de la question controversée des localisations cérébrales. Quelle que soit l'opinion du lecteur, il trouvera dans cette brochure une source précieuse d'indications bibliographiques. Ce mémoire, fructueux à consulter, est donc l'œuvre d'un clinicien de talent.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par M. le docteur NEGRESCO. Montpellier; Cristin, 1882.

Consacrée à étudier sommairement la pseudo-paralysie générale de M. Fournier, ce mémoire clinique a pour but de démontrer une fois de plus la réalité de cette variété pathologique. Le point de départ est une observation originale observée par M. Lasègue. Cette thèse inaugurale a été écrite dans les idées traditionnelles de l'Ecole de Montpellier. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 juin 1882. — Présidence de M. DUROZIEZ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend le *Progrès médical*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*.

Le discours de M. Jules Ferry à la réunion générale des délégués des Sociétés savantes.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remercîments de M. le docteur Camille Bancel (de Toul), élu récemment membre correspondant.

—

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce à ses collègues la mort de M. Auguste Mercier, che-

valier de la Légion d'honneur, membre titulaire de la Société de médecine de Paris depuis 1868, et ancien président, décédé le 11 juin 1882, à l'âge de 71 ans.

Le bureau tout entier et un grand nombre de membres de la Société assistaient aux obsèques de ce distingué et regretté confrère, qui avait conquis, à Paris, une grande notoriété par ses nombreux travaux sur les maladies des voies urinaires.

—

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Guiraud (de Nice), membre correspondant, assiste à la séance.

M. GUIRAUD demande la parole pour présenter une brochure dont il est l'auteur, et qui est intitulée : *Des mouvements de population à Montauban, depuis le commencement du siècle, et dans les vingt dernières années en particulier.* C'est une étude de statistique démographique sur une ville de province, comme il y en a beaucoup en France, dit-il. M. Guiraud fait une analyse rapide de son intéressant travail, et signale la dépopulation croissante de certaines villes du Midi, et de Montauban en particulier.

M. FORGET rappelle, à ce propos, que M. le docteur Charles Richet a publié dans la *Revue des Deux-Mondes* une étude analogue, fort étendue, qui l'a conduit aux mêmes conclusions que M. Guiraud, à savoir, que cette dépopulation a une grande influence sur l'avenir de la France.

M. DELASIAUVE confirme cette opinion en disant qu'il a fait la même remarque pour la population de sa ville natale.

M. FORGET ajoute que, pour cette décroissance, la France tient malheureusement la tête, et que notre pays est celui où la population augmente le moins.

—

M. DELEFOSSE lit le rapport de la commission chargée d'examiner les titres de M. le docteur Casimir Rougier (de Marseille) au titre de membre correspondant.

Messieurs,

Je viens au nom d'une commission, dont je fais partie comme rapporteur, avec MM. Thorens et de Ranse, vous rendre compte des travaux envoyés par M. Rougier, de Marseille, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant de la Société de médecine de Paris. Ces travaux traitent deux sujets différents. Dans un premier travail, M. Rougier s'occupe d'une question qui a été l'objet de discussions très intéressantes au sein de la Société.

A la séance du 12 novembre 1881, notre excellent secrétaire général soumettait à votre appréciation un rapport sur un cas de survie à propos d'un accident par submersion dans le Rhône, mortel pour le mari et la femme. M. de Beauvais formulait des conclusions basées sur la résistance vitale de la femme plus grande que celle de l'homme.

M. Perrin apportait un fait très intéressant à l'appui de cette grande résistance vitale chez la femme. M. Rougier essaye de prouver par deux observations imprimées et deux autres manuscrites, que la femme a non-seulement une résistance plus grande que l'homme à l'apoplexie et à la syncope traumatique, mais qu'il en est généralement de même pour les autres maladies.

La première observation relate le cas d'un empoisonnement d'un concierge et de sa femme par le gaz d'éclairage. Les soins ayant été prodigués dès que l'on s'aperçut de l'accident, c'est-à-dire le lendemain matin, la femme ne tarda pas à reprendre ses sens, tandis que le mari resta plus de deux heures sans donner signe de vie. Ce ne fut qu'à la suite de longues manœuvres et de remèdes appropriés que les mouvements respiratoires reparurent, mais l'intelligence ne revint pas, et le malade mourut quelques temps après d'un ramollissement du cerveau.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une asphyxie par l'oxyde de carbone : la femme quoiqu'étant restée douze heures dans un air méphytique eut encore la force d'aller chercher le médecin, tandis que le mari ne reprit ses sens que vingt-quatre heures après.

La troisième observation relate aussi un cas d'asphyxie par le charbon : l'homme et la femme furent trouvés couchés ne donnant plus signe de vie. Malgré les soins médicaux, l'homme ne put être sauvé, la femme, au contraire, reprit bientôt connaissance.

Enfin, le sujet de la quatrième observation est encore un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone : le mari ne put être rappelé à la vie, tandis que la femme résista à l'action mortelle du gaz. Ce qui rend en outre cette dernière observation très intéressante, c'est qu'elle fut le sujet d'une enquête médico-légale.

Les deux époux séparés depuis longtemps pour incompatibilité d'humeur, s'étaient réconciliés un soir : ils soupèrent, et ce fut le lendemain que le décès fut constaté. Les parents du

mari accusèrent la femme d'empoisonnement. Cette dernière fut incarcérée et une enquête ordonnée. Grâce aux arguments fournis par notre confrère, arguments basés sur les observations précédentes, qui montraient la résistance de la femme supérieure à celle de l'homme dans ces cas d'empoisonnement, l'accusée fut mise en liberté.

M. Rougier termine ainsi ce consciencieux travail : « Il est vivement à souhaiter, et il importe beaucoup que le public médical connaisse ces résultats, et que les tribunaux soient, comme celui de Marseille, instruits des faits dont nous parlons; et les lois qui existent aujourd'hui, à propos des questions de survie ne tarderont pas, il faut l'espérer, à être réformées selon l'équité.

La Société de médecine de Paris a confirmé cette manière de voir, lorsqu'elle a discuté le remarquable rapport de M. de Beauvais.

Le second travail envoyé par M. Rougier à l'appui de sa candidature est un mémoire manuscrit, intitulé : « *Etude sur les virus*. Il a pour épigraphe : *Ars longa, experientia fallax.* » Ce mémoire traite de questions qui sont à l'ordre du jour; mais, dit l'auteur, à un point de vue qui n'a été indiqué par personne. Le travail de notre confrère mérite une étude sérieuse, tant au point de vue des idées qui y sont développées qu'à celui de la lutte actuellement engagée dans le monde médical au sujet des théories sur les microbes.

Dans un premier paragraphe intitulé : *Notices préliminaires*, M. Rougier étudie ce que l'on doit entendre par virus.

Il cite les opinions de Littré, de MM. Robin, Peter, qui regardent le virus comme impondérable, ne pouvant être isolé, ne pouvant tomber sous nos sens, et celle de M. Jaccoud qui se demande si ces formations organiques inférieures ne seraient pas un effet de l'empoisonnement au lieu d'être le poison lui-même. « En résumé, écrit l'auteur, pour ces médecins le virus existe, mais n'est pas isolable; c'est toujours le *quid divinum* des anciens, l'histoire de l'œuf et de la poule. »

L'opinion de M. Rougier sur ce sujet est très indécise; ne pouvant accepter celles des médecins citées plus haut, il ne veut pas donner une définition qui appartient à l'avenir : « Notre désir, ajoute-t-il, est de faire quelques réflexions sur les virus et sur les expériences dont ils sont l'objet. Ces réflexions prendront leur point d'appui sur les lois qui régissent les virus. »

Ne pouvant traiter *in extenso*, un sujet aussi vaste que celui des ferments et des maladies qu'ils engendrent, notre confrère circonscrit son travail à l'étude des principales expériences qui ont trait aux virus, surtout pour réfuter certaines conclusions.

Le sujet est divisé en quatre chapitres, intitulés :

1° Hippocrate et nos savants contemporains.
2° La médecine des analogues.
3° Traitement curatif de la variole par la vaccine.
4° Choléra des poules et atténuation des virus.

Dans le premier chapitre, « Hippocrate et nos savants contemporains », M. Rougier tend à démontrer qu'en fait de microbe, admis comme cause de maladies, comme en fait de bien d'autres découvertes : *Nihil novi sub sole.*

Pour lui, M. Pasteur n'est que le continuateur d'Hippocrate, avec cette différence qu'Hippocrate était médecin, tandis que M. Pasteur ne l'est pas. Ce reproche adressé à M. Pasteur a été déjà formulé par MM. Bouillaud et J. Guérin, dans les discussions à l'Académie, et l'on ne peut qu'approuver les lignes suivantes, qu'écrivait le docteur Jousset dans le *Progrès médical* :

« Ce n'est pas le microbe, à supposer qu'il y en ait un, qui est la partie essentielle d'une maladie virulente, c'est le malade. Mais c'est là une chose qui ne peut être étudiée avec fruit que par un pathologiste : un médecin seul possède une connaissance approfondie de ce milieu si variable, si mobile, si instable, qui pourtant poursuit son évolution d'après des lois si nettement déterminées, pour l'examiner en connaissance de causes. »

Ceux de vous qui ont lu le livre de M. Duclaux, intitulé : *Ferments et maladies*, livre où se trouve résumée la théorie des ferments dans sa dernière évolution, peuvent se rendre compte combien les paroles du docteur Jousset sont vraies, et quoiqu'il soit difficile dans un rapport de traiter une question aussi vaste, je demanderai à citer un fait qui prouve combien les théories médicales, établies par des chimistes, pêchent souvent par la base.

Prenons le chapitre de ce livre de M. Duclaux, relatif aux urines ammoniacales : s'appuyant sur une observation ancienne due à Traube, observation dans laquelle un malade, qui n'avait jamais été sondé, vit ses urines devenir ammoniacales après ce sondage, l'auteur tire cette conclusion que le cathétérisme occasionne des urines purulentes en amenant des microbes par le passage de la sonde, laissant complètement de côté l'étiologie traumatique de l'affection et oubliant que ce sondage, qui la première fois peut occasionner un peu de catarrhe vésical, amène la guérison de ce même catarrhe quand cette opération est continuée méthodiquement.

Les microbes n'ont donc rien à voir dans ce cas. Mais la discussion dans cette voie pourrait aller trop loin; ce que l'on peut dire, c'est que M. Pasteur a découvert des êtres végétaux visibles au microscope, végétaux qui se rencontrent dans certaines maladies infectieuses, mais que dans aucun cas de maladie virulente le virus n'a été sûrement constaté.

Le chapitre II, intitulé : « De la médecine des analogues », est le plus intéressant et l'on peut ajouter renferme des idées complètement nouvelles. L'auteur commence par définir ce qu'il entend par analogie : « L'analogie est un raisonnement qui conclut de l'existence d'un attribut ou d'un effet dans un être à l'existence d'un attribut ou d'un effet dans un autre être. »

Il admet une différence très sensible entre l'identité qui fait qu'une chose est la même qu'une autre et l'analogie ainsi définie. Cette définition de l'analogie me paraît assez embrouillée et assez éloignée des définitions généralement adoptées, entre autres de celle de Guizot dans le Dictionnaire des synonymes : « Les choses ont de l'analogie entre elles par une simple ressemblance dans l'usage ou dans la signification. »

Quoi qu'il en soit, la suite du chapitre rend mieux compte de ce que notre confrère entend par « analogues ».

La théorie de M. Rougier, si je l'ai bien comprise, peut se résumer en ces quelques propositions.

1° Les maladies virulentes sont produites par des infiniment petits; pourquoi ces infiniment petits n'auraient-ils pas des similaires qui les détruiraient. Il se passerait alors ce qui a lieu pour le virus varioleux détruit par le virus vaccin.

2° Le virus malin doit avoir un virus analogue bénin qui lui est fatal; comme cela se passe pour les végétaux par exemple : des végétaux sont rongés par des pucerons qui sont eux-mêmes détruits par d'autres pucerons, lesquels sont inoffensifs aux végétaux.

3° Toute maladie virulente, quelle que soit sa gravité, doit être guérie par un virus analogue bénin; la bénignité du virus guérisseur devant être une condition essentielle à opposer à la malignité d'une autre maladie.

4° Des exemples montrent que ce qui existe pour les maladies virulentes, au point de vue des analogues, se trouvent chez l'homme pour la variole, chez les végétaux pour les pucerons, etc., existe aussi chez l'homme dans l'action des médicaments.

En effet, des intoxiqués par la noix vomique ont été guéris par des injections hypodermiques de sulfate d'atropine; des intoxiqués par le sulfate d'atropine, ont été guéris par le sulfate de strychnine. Il est facile de pressentir les conclusions de cette théorie personnelle à notre confrère. Toute la thérapeutique se réduit dans ce cas à ce principe : « Trouver des analogues qui agissent vis-à-vis des autres maladies comme le vaccin vis-à-vis de la variole, c'est-à-dire (suivant ses expressions), d'une façon préventive et curative. »

M. Rougier tombe ainsi dans le défaut qu'il reproche aux idées de M. Pasteur; il laisse complètement de côté et l'aptitude individuelle, et la résistance vitale, et le terrain physiologique, et encore M. Pasteur n'en est-il qu'à la prophylaxie, tandis que M. Rougier va plus loin et regarde les analogues à trouver comme des moyens curatifs, ce qui est l'objet du troisième chapitre, intitulé : « Du traitement curatif de la variole par la vaccine. »

Nous pensons, dit-il, qu'un agent aussi puissamment préservatif que la vaccine contre la variole doit être aussi un agent curatif. Je me contenterai de rapporter la quintessence des opinions de M. Rougier sur ce sujet si vaste et si souvent discuté dans nos Sociétés savantes :

1° La variole n'étant traitée actuellement que par des sudorifiques et des anti-fébriles, n'a pas de remède spécifique; le seul est le vaccin, quoique les résultats n'aient pas été probants; mais il faut faire de légères scarifications épidermiques avec la lancette au lieu de piqûres; on évite ainsi les douleurs et la fièvre.

2° Le vaccin étant surtout accumulé dans les lymphatiques et absorbé surtout par eux, il faut opérer les vaccinations dans des régions riches en lymphatiques et le plus près possible des ganglions.

3° Le vaccin animal vaut mieux que le vaccin humain.

4° Il faut introduire beaucoup plus de vaccin qu'on ne le fait, ordinairement, pour une vaccination.

L'opinion sur ce chapitre peut être résumée en quelques mots : toute cette théorie est admissible; elle peut être vraie, mais en résumé rien n'est démontré. Il est plus que probable que le vaccin animal n'est pas de même composition que le vaccin humain, mais il faut aussi tenir compte des effets de la vaccination très différents pour chaque individu, etc.

D'un autre côté, M. Rougier ne nous démontre pas cette proposition, que le vaccin animal vaut mieux que le vaccin humain : il n'apporte pas de preuves suffisantes à l'appui d'une opinion qui est en désaccord avec celle de bien des médecins, et qui a déjà donné lieu à une quantité considérable de travaux. Pour certains praticiens, les épidémies de variole, qui

sévissent avec tant de persistance depuis quelques années, la gravité des cas, sont dues à ce que le vaccin animal a remplacé le vaccin de bras à bras. Les faits indiqués par M. Rougier ne jettent aucune lumière sur cette question toute palpitante d'intérêt, qui est le sujet de discussions très sérieuses dans toutes les sociétés médicales de France et de l'étranger.

Le chapitre IV traite du choléra des poules et de l'atténuation des virus.

Vous connaissez les expériences de M. Pasteur, expériences qui ont fait le sujet d'une communication à l'Académie de médecine, le 10 février 1880. M. Rougier, tout en regardant cette communication comme très intéressante, en rejette les conclusions après en avoir discuté les prémisses.

Les idées de M. Pasteur peuvent se résumer ainsi : je prends le virus infectieux du choléra des poules, je le soumets à une culture oxygénée ; à la longue, le virus s'atténue et ce même virus inoculé préserve les poules du virus inoculé sans être atténué.

M. Rougier ne peut admettre cette théorie, pas plus que celle d'Anzias-Turenne sur l'inoculation syphilitique, pas plus que les expériences de vaccination avec du virus varioleux : il ne peut y avoir de bons résultats pour lui, par cette raison que le vaccin employé dans ces cas est *identique* et non pas *analogue* au virus que l'on veut combattre.

Enfin, M. Pasteur rend bien l'individu indemne, mais il ne supprime aucun foyer d'infection.

L'auteur conclut donc avec MM. Depaul et Colin d'Alfort : « Un virus est toujours identique à lui-même; par conséquent de deux choses l'une, dans le virus que l'on prétend atténuer, ou l'on tue le microbe et alors il est inerte et ne saurait donner l'immunité, ou on laisse vivre ce microbe, et alors il doit encore produire ses effets malfaisants, à moins qu'il ne soit un virus. »

Dans des études qui demandent tant de soins, de travaux, où la vérité d'aujourd'hui devient erreur le lendemain, il est peut-être difficile d'admettre les théories aussi radicales de notre confrère, surtout quand elles ne sont basées elles-mêmes que sur des faits sujets à discussion. Quand M. Pasteur écrit ou fait écrire par ses adeptes que la médecine doit être complètement renouvelée, qu'il faut jeter au panier le travail de plusieurs générations médicales, que la médecine jusqu'à présent ne s'est défendue que par des théories vitalistes, que par des expressions cachant un vide complet, qu'enfin l'homme n'est sujet qu'à des maladies venant les unes de l'âge, les autres des microbes, on peut et on doit s'insurger contre ces idées : on les combat soit par l'ironie, comme l'ont fait d'une façon si spirituelle le feuilletoniste de l'UNION MÉDICALE, et notre confrère le docteur Wiart dans les « Mémoires d'un microbe », soit par les arguments sérieux, indiscutables, comme l'ont entrepris beaucoup de médecins et l'auteur de ce travail consciencieux que j'ai l'honneur d'analyser ; mais il y a une chose dont il faut aussi tenir compte, même chez des adversaires, ce sont les faits : or, les faits prouvent-ils jusqu'à l'évidence que l'inoculation du virus atténué diminue la mortalité chez les poules; les travaux publiés répondent oui : donc c'est un fait qu'il faut admettre, quelle que soit la théorie des virus atténués ou des analogues.

M. Rougier se demande si les expériences de M. Pasteur ont supprimé le foyer épidémique : théoriquement, on peut répondre oui, — expérimentalement non, ou dans une faible mesure; — pour le choléra des poules, par exemple : le foyer épidémique sera détruit, si l'isolement des poules a été suffisant, s'il n'y a plus de poule malade, si les poules sont seules et à l'abri du contact des autres animaux de la ferme. On voit combien ces données, si difficiles à remplir pour des animaux, sont presques impossibles pour des hommes.

M. Pasteur nous a montré qu'il y avait certaines maladies parasitaires occasionnées par des animaux, que ces parasites pouvaient être cultivés, inoculés, et que, suivant une certaine culture, ce même liquide qui occasionnait toujours la mort à l'état primitif est devenu leur propre préservatif. Mais de là à admettre avec le savant chimiste, avec Klebs et autres érudits, que plus des deux tiers des maladies mortelles sont parasitaires, il y a encore beaucoup de travaux à publier ; il serait regrettable que M. Pasteur, après avoir travaillé à améliorer la santé des animaux, compromît celle des hommes par ses théories.

Notre confrère termine en admettant les idées de M. Bouley, qui espère qu'un jour on découvrira les microbes de toutes les maladies virulentes. Mais il se sépare de ceux qui comptent sur l'atténuation artificielle pour obtenir ce résultat. Nous voulons des virus atténués, dit-il, mais à la condition que ce soit par les mains de la nature, comme l'est le virus vaccin.

La Commission que vous avez nommée pour examiner la candidature de M. Rougier conclut à l'admission et vous prie de vouloir bien donner à notre distingué confrère le titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT félicite vivement M. Delefosse de l'excellent rapport qu'il vient de lire.

Les conclusions sont votées et adoptées.

M. Antonin MARTIN lit au nom de la commission, composée avec lui de MM. Fraigniaud et Marchal, son rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Godleswki (de Neuilly).

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

On votera sur les deux candidatures dans la prochaine séance.

—

M. ABADIE lit un travail intitulé : *Considérations nouvelles sur la rétinite dite albuminurique.* (Voyez plus haut.)

DISCUSSION

M. BLONDEAU fait remarquer à M. Abadie qu'il signale dans les deux cas présentés par lui, la rétinite comme le premier symptôme de l'albuminurie, et cependant dans la première observation, il y a eu de la polyurie au début.

M. ABADIE répond qu'en effet le premier malade a eu de la polyurie, mais que c'est la rétinite qui a démontré l'affection brightique du rein, et qui a permis de diagnostiquer la maladie avant l'apparition de l'albumine.

La polyurie peut précéder l'albuminurie, mais elle n'est pas un signe de cette affection. Quand au deuxième sujet, les lésions rétiniennes ont été le premier symptôme de la maladie, et c'est seulement plusieurs mois après que le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a pu constater la présence de l'albumine et le bruit de galop du cœur, comme signes certains de l'affection.

Autrefois, on croyait que la rétinite albuminurique était toujours consécutive à la présence de l'albumine et nous voyons par ces deux exemples que la lésion oculaire peut précéder l'apparition des autres signes de la maladie du rein.

M. ONIMUS demande s'il n'y a pas quelque analogue entre la rétinite albuminurique et les lésions du nerf optique qui précèdent parfois le développement de l'ataxie locomotrice.

M. ABADIE répond que c'est le professeur Charcot qui le premier a appelé l'attention sur la relation qui existe entre les altérations du nerf optique et l'ataxie locomotrice; mais ici il s'agit seulement de la préexistence de la rétinite à l'albuminurie.

M. DUROZIEZ fait remarquer que M. Abadie propose d'appeler rétinite brightique l'affection oculaire désignée autrefois sous le nom de rétinite albuminurique. Croit-il qu'à l'inspection seule de la rétine on puisse affirmer que l'albuminurie se développera plus tard?

M. ABADIE pense que les lésions de la retinite sont tout à fait pathognomonique, et que lorsqu'on les rencontre, on peut aujourd'hui affirmer, ou qu'il y a albuminurie, ou que cette maladie se développera plus tard. C'est ce qu'il a voulu prouver par l'analyse de ses deux observations.

M. DE BEAUVAIS dit qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des cas d'albuminurie intermittente, et demande à M. Abadie s'il ne croit pas devoir ranger les deux cas qu'il vient de rapporter dans cette catégorie. Ces albuminuries intermittentes sont quelquefois précédées de polyurie, de même que l'on voit aussi la polyurie précéder le diabète longtemps avant l'apparition de la glycosurie. Il possède actuellement une observation de ce genre.

M. ABADIE n'a jamais vu de lésions de l'œil dans le cas d'albuminurie intermittente; les affections de la rétine ne s'observent que dans les cas de lésions graves du rein.

M. MATHELIN fait observer que la rétinite se manifeste dans les cas de lésion grave du rein; mais que la réciproque n'est pas vraie, que de très sérieuses lésions du rein, des affections très graves du cœur peuvent exister sans aucune affection oculaire.

M. ABADIE est parfaitement de cet avis et pense que l'affection de la rétine, quand elle existe, est l'indice d'une maladie fort grave du rein; mais qu'il n'y a pas toujours nécessairement albuminurie comme on le croyait autrefois, et que cette affection peut ne se développer que plus tard.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Henri BERGERON.

—

FORMULAIRE

DE LA CAUTÉRISATION DIGITALE PHARYNGIENNE. — DIDAY.

Dans le cas de lésions syphilitiques de la bouche et du pharynx, pour lesquelles la cautérisation est indiquée, on opère de la manière suivante : Dans un flacon à large goulot, contenant du nitrate acide de mercure, on plonge l'extrémité de l'indicateur (droit ou gauche selon le cas), juste assez pour qu'elle soit mouillée, et non chargée d'une goutte prête à tomber. Le malade étant assis, et le siège précis du mal ayant été reconnu préalablement, on introduit le doigt dans la bouche et on le promène sur l'amygdale, que l'on contourne sans peine. On s'arrête et on revient à deux ou trois reprises sur les points les plus affectés. Ce mode de cautérisation est beacoup moins pénible pour le malade que l'introduction d'un pinceau, la langue étant maintenue abaissée. — N. G.

COURRIER

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Ce concours a commencé mardi dernier. Le jury est composé de MM. Barth, Danlos, Gombault, Tapret, Duret, Henriet, Reynier.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (près Nancy). — Le mode de recrutement des internes de l'asile vient d'être modifié. Jusqu'à ce jour les élèves étaient nommés directement par le préfet. Le concours vient d'être établi.

Un arrêté préfectoral règle comme suit le nouveau mode de recrutement des internes de cet asile.

Les élèves internes sont nommés par le préfet, sur une liste dressée d'après les résultats du concours et comprenant un nombre de candidats triple de celui des vacances à remplir.

L'ouverture de chaque concours, autant que le permettront les nécessités du service, sera annoncée deux mois à l'avance.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français et justifiant au moins douze inscriptions de doctorat.

Les candidats déposeront leurs demandes à la préfecture dix jours au moins avant l'ouverture du concours et devront joindre :

1° Leur acte de naissance ;
2° Un certificat du maire de leur domicile établissant leur qualité de Français ;
3° Un certificat constatant qu'ils possèdent au moins douze incriptions de doctorat ;
4° Un certificat de bonnes vie et mœurs.

La liste des candidats, arrêtée par le Préfet, sera transmise au doyen de la Faculté de médecine.

Les épreuves du concours seront les suivantes :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie (trois heures seront accordées pour cette rédaction) ;

2° Une épreuve clinique, consistant dans l'examen de deux malades choisis l'un dans un service de médecine, l'autre dans un service de chirurgie (quinze minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade, et dix minutes pour chaque compte rendu oral, après cinq minutes de réflexion ;

3° Une épreuve de petite chirurgie, saignées, cathétérisme, bandages et appareils. Le jury déterminera la durée de cette épreuve.

Les concours ont lieu au siège de la Faculté de médecine, comme pour les concours d'internat des hospices civils de Nancy. Les juges du concours sont trois professeurs désignés par la Faculté.

Le concours terminé, la liste des candidats classés par ordre de mérite, avec les propositions du jury, sera adressée au Préfet par le doyen de la Faculté.

—

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

ANGINE ET ALBUMINURIE,

Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux,

Par le Dr Laure, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

Le 14 avril 1876, appelé auprès d'une jeune femme, atteinte d'une angine catarrhale des plus simples, je constatai que l'amygdale droite était considérablement tuméfiée au point de rendre la déglutition presqu'impossible. Il n'existait point de fausses membranes, mais un pointillé blanc, probablement dû à des concrétions muqueuses faisant saillie au niveau de l'orifice des culs-de-sac glandulaires. L'angine s'accompagnait d'une réaction fébrile des plus bénignes.

Je me bornai à prescrire des gargarismes émollients qui furent continués jusqu'au 18 avril, époque à laquelle je pris congé de la malade.

Mandé de nouveau auprès d'elle trois jours après, je constatai une céphalalgie des plus intenses, des troubles de la vision, et un œdème considérable de la face. L'urine examinée immédiatement, me donna un précipité floconneux des plus abondants.

Je prescrivis un traitement tonique : du perchlorure de fer, du jaborandi, des infusions diurétiques, des pilules d'extrait de quina et d'ergotine furent successivement administrées à la malade.

Au bout de trois semaines, l'albuminurie avait diminué sensiblement, mais l'urine précipitait encore assez abondamment par l'acide nitrique et la chaleur.

J'appliquai quelques pointes de feu au niveau de la région lombaire; le traitement diurétique fut continué, et au bout de deux mois seulement, l'urine ne décelait plus de traces d'albumine.

Un an après, la malade fut atteinte de douleurs rhumatismales articulaires, et en même temps d'une angine semblable à la première, également suivie d'une albuminurie, qui guérit à peu près dans les mêmes circonstances, le même laps de temps, et par l'emploi des mêmes moyens.

Frappé de cette singulière coïncidence de l'angine rhumatismale avec une albuminurie qu'on ne pouvait mettre sur le compte d'aucune autre affection, je cherchai en vain dans la littérature médicale des faits analogues à celui que je viens de rapporter. Depuis cette époque j'avais eu l'occasion d'en observer un certain nombre, lorsque mon ami et collègue, le docteur Colrat, présenta à la Société des sciences médicales de Lyon, des cas d'albuminurie consécutive à des angines, qui furent diversement interprétés par les membres de la Société, et mis, peut-être à tort par quelques-uns, sur le compte de scarlatines frustes.

Cette communication suivit de très près un travail de M. le professeur Lasègue sur le même sujet inséré dans les Archives de médecine de 1880. Ces deux publications m'engagèrent à entreprendre de nouvelles recherches dans le même sens, et j'ai pu réunir sans peine un nombre d'observations suffisant pour m'autoriser à admettre :

1° Que l'albuminurie coïncide fréquemment avec l'angine rhumatismale, et peut alors affecter un type à répétition, se reproduisant à chaque nouvelle fluxion articulaire.

2° Que l'albuminurie s'observe également en dehors de toute origine diathésique, dans certaines angines catarrhales simples ou phlegmoneuses.

3° Que cette sorte de néphrite ordinairement transitoire, et guérissant le plus souvent d'elle-même, peut, dans certains cas, se montrer plus rebelle et devenir le point de départ d'une lésion matérielle du rein.

OBS. II. — *Angine rhumatismale. — Albuminurie. — Type à répétition.*

Schmidt (Georges), emballeur, âgé de 17 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, le 29 janvier 1881.

Pas d'antécédents rhumatismaux articulaires ou musculaires : bonne santé habituelle. Il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, ce jeune homme est pris de douleurs dans l'arrière-gorge, de difficulté de la déglutition.

Les amygdales sont toutes deux rouges, tuméfiées, ainsi que les piliers et la luette, et recouvertes çà et là de quelques points blanchâtres qui disparaissent lorsque le malade avale sa salive; les amygdales donnent au toucher la sensation d'un corps dur, élastique.

Les urines fournissent un précipité très abondant d'albumine rétractile par la chaleur, la liqueur de Tanret et l'acide azotique. Pas d'œdème de la face; aucun symptôme capable de faire songer à une néphrite, si l'on n'eût pratiqué l'examen des urines. Celles-ci, examinées environ tous les deux jours, continuent à être albumineuses.

Le 21 février, il n'existe plus qu'un nuage à peine sensible.

Le 22, la liqueur de Tanret, elle-même, ne fournit que des signes négatifs; le malade sort de l'hôpital.

Le 24, le malade rentre à l'hôpital atteint de douleurs rhumastimales subaiguës siégeant aux articulations des chevilles, des genoux et des épaules. Cette dernière articulation est plus particulièrement affectée.

L'angine reparaît avec les mêmes caractères que précédemment.

L'urine est redevenue albumineuse, bien que la quantité d'albumine soit de beaucoup inférieure à celle de la première atteinte.

Le 3, le 5, le 6 février, on constate encore de l'albumine dans les urines.

Le 17 mars, examen négatif; le malade demande son *exeat.*

OBS. III. — *Angine rhumatismale. — Albuminurie. — Erythème rhumatismal.*

Le 28 février, Mme X..., qui éprouvait depuis huit jours des douleurs articulaires vagues, est subitement atteinte d'un érythème généralisé.

Le 1er mars, les articulations tibio-tarsiennes, celle de l'épaule et du poignet sont tuméfiées et douloureuses.

Légère tache ecchymotique au niveau de l'arcade sourcillière gauche. Le surlendemain, tache semblable, symétrique à la première, au-dessus de l'œil droit.

La malade se plaint de gêne de la déglutition; voix nasonnante, les amygdales sont tuméfiées sans être très rouges, ni recouvertes d'aucune fausse membrane; la luette est globuleuse; on constate à ce niveau une tache ecchymotique semblable à celle de l'œil. Cette coloration noirâtre pourrait en imposer et faire songer à une plaque gangréneuse, qu'elle simule à s'y méprendre, si l'on n'avait pas, en quelque sorte, surpris l'instant de sa production.

Les urines précipitent abondamment, par la chaleur, la liqueur de Tanret, l'acide picrique et l'acide azotique. On prescrit un gargarisme au chlorate de potasse, des gouttes de perchlorure de fer, du vin de quina, du sirop d'ergotine et des badigeonnages à la teinture d'iode. Le salicylate est très mal toléré par la malade.

Le rhumatisme s'en va graduellement, et persiste après que l'angine a disparu.

Les urines ne peuvent être examinées de nouveau que le 20 mars, à cause de l'apparition des époques. Il existe encore à cette date une quantité très appréciable d'albumine. On n'en retrouve plus de traces, le 25 mars.

OBS. IV. — *Angine rhumatismale. — Albuminurie.* (Observation due à l'obligeance de M. le docteur Duséa, de Pierre-Bénite.

Moreau (Pierre), 17 ans.

Le malade jouit d'une santé assez bonne. Nous ne trouvons rien d'héréditaire chez lui; il a perdu son père de la variole en 1870; sa mère vit encore et se porte parfaitement bien. Il n'a jamais eu la scarlatine; seulement, il y a trois ans, il a été atteint d'un rhumatisme très léger dont il ne ressent actuellement aucune trace. Au poumon, la percussion, la palpation et l'auscultation ne donnent que des signes négatifs; la respiration est normale. Au cœur, on

n'entend rien à la pointe, mais à l'orifice aortique, un léger souffle qui provoque chez le malade quelques palpitations, lorsqu'il marche un peu trop vite ou qu'il gravit une montée, symptômes dont il ne paraît cependant pas trop gêné.

Le malade s'est présenté à l'examen médical pour une douleur qu'il éprouve à la gorge, douleur qui est surtout provoquée par les efforts de déglutition.

A l'examen de la gorge, on trouve les amygdales tuméfiées et rouges, avec quelques points blanchâtres semés çà et là; la luette est un peu hypertrophiée et fortement hyperémiée. Nous avons en somme une angine catarrhale assez bien circonscrite aux amygdales et à la luette.

A l'examen des urines, on trouve avec l'acide nitrique, la liqueur de Tanret et la chaleur, un abondant précipité caillebotté d'albumine.

20 février. — Aujourd'hui, l'angine est complètement guérie depuis trois ou quatre jours. On examine de nouveau les urines; les réactifs ci-dessus ne donnent plus aucun précipité. Les urines sont aussi limpides après qu'avant l'opération; toute trace d'albumine a donc complètement disparu.

Obs. V. — *Angine rhumatismale. — Albuminurie.*

Louise Guillou, dévideuse, âgée de 16 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 13 février 1881. Cette jeune fille dit avoir séjourné dans une habitation humide. Elle est malade depuis environ quatre mois. Elle a été prise, à la suite d'un refroidissement, de gêne de la déglutition et de cuisson dans l'arrière-gorge. Depuis cette époque, elle tousse, maigrit et se plaint de céphalalgie continuelle et d'inappétence. Actuellement, léger mouvement fébrile, la toux est fréquente, l'expectoration n'offre rien de spécial; jamais d'hémoptysies; le faciès est pâle, les pommettes très colorées; langue saburrale, quelques vomissements; menstruation irrégulière; auscultation négative, sauf quelques râles sonores disséminés dans les deux poumons.

Les urines précipitent abondamment par l'acide nitrique, la chaleur et la liqueur de Tanret.

4 mars, léger mouvement fébrile, rhumatisme subaigu généralisé à toutes les articulations.

6 mars, la quantité d'albumine diminue sensiblement.

20 mars, plus d'albumine; les douleurs ont disparu, l'état général est satisfaisant, la malade demande son *exeat*.

Obs. VI. — *Angine rhumatismale pultacée. Albuminurie. Microbes dans l'urine.*

Céline Patillon, dévideuse, âgée de 20 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 12 avril 1881. Pas d'antécédents pathologiques. Depuis un mois, cette femme est atteinte d'une bronchite légère. Samedi dernier, elle est prise de céphalalgie, de douleurs dans la région lombaire, en même temps que d'une grande gêne dans la déglutition. Anorexie complète, pas de vomissements. Actuellement on constate une fièvre vive, le pouls est plein, fréquent, les pommettes sont très colorées. Cette coloration ne paraît pas tenir à la fièvre, mais à la persistance de la céphalalgie. Les membres pas plus que le tronc ne présentent de rougeurs. Constipation, pas de météorisme; la pression de l'abdomen n'est pas douloureuse; peu de taches. La langue est couverte d'un enduit saburral léger. Les amygdales sont recouvertes d'un enduit pultacé blanc jaunâtre. La luette est un peu plus rouge que normalement.

Les urines contiennent plus d'un gramme d'albumine par litre. Température 40,5.

13 avril. Même état; température 40 le matin; 43 le soir.

14. La déglutition est un peu plus facile. On enlève l'enduit pultacé qui, examiné au microscope, ne présente aucune trace de fibrine, n'étant constitué que par des globules de pus. — Collutoire au tannin, gargarisme chloraté. Les urines sont rares, fortement colorées, présentant une réaction manifestement acide, et contiennent 0,98 d'albumine par litre. Le dosage de la globuline et de la sérine, pour ce total, donne : sérine, 0,35; globuline, 0,63. Examinées au microscope avec les précautions nécessaires, on y constate la présence d'une quantité innombrable de bactéries, de microbes en forme de biscuit et même de spores arrondies. Ces microbes circulent librement et en grand nombre dans le champ de la préparation ou sont fixés sur les débris épithéliaux. Il n'existe aucune trace de cylindres, mais de nombreuses granulations d'urate de soude. Temp. 39,5 le matin; le soir, 40.

15. Le pharynx présente le même état. Temp. 39,5; le soir 39,8.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine, mais on n'y rencontre plus de microbes. Les granulations d'urate de soude existent encore en grand nombre.

La malade se plaint d'une vive douleur dans le genou droit qui est devenue le siège d'une fluxion rhumatismale évidente.

Les urines sont successivement examinées tous les jours jusqu'au 22; nous n'y avons plus constaté la présence de microbes depuis le 15 avril. Le 22, toute trace d'albumine a disparu. La fluxion articulaire s'améliore sous l'influence du salicylate de soude.

Il me serait facile d'ajouter à la liste de ces observations des faits absolument identiques; je

me bornerai à citer encore l'exemple d'un malade de la ville à qui je donne des soins depuis le mois de février et chez lequel j'ai pu observer trois récidives de rhumatisme articulaire subaigu, coïncidant avec de l'angine et une albuminurie temporaire. Je passe maintenant à un autre ordre de faits : l'albuminurie compliquant des angines dont on ne peut démontrer l'origine diathésique.

Obs. VII. — *Angine phlegmoneuse. — Albuminurie.*

Marie Chapel, née à Lyon, exerçant la profession de tisseuse, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 9 juillet 1880. Pas d'antécédents rhumatismaux. Début, il y a trois jours, par un malaise général : fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires et angine. Actuellement la malade ne peut rien avaler ; la parole est difficile ; elle bave constamment, par suite de l'impossibilité de la déglutition.

A l'examen de la gorge, on constate de la rougeur des deux amygdales et du voile du palais ; l'amygdale gauche est énorme et, tout autour d'elle, les tissus sont fortement gonflés, tendus et forment une tumeur qui s'avance jusqu'à la limite antérieure du voile du palais, en avant, en dépassant la ligne médiane.

Une incision assez profonde, n'ayant amené que du sang, paraît soulager la malade.

11 juillet. Nouvelle incision, très profonde, qui donne issue à une certaine quantité de pus et amène un soulagement immédiat.

14. La place de l'amygdale est parfaitement nette, le gonflement a disparu.

18. La malade allait beaucoup mieux et demandait à sortir la veille, lorsque, ce matin, on constate un œdème assez considérable des paupières et des malléoles.

L'urine, notablement acide, contient une grande quantité d'albumine. On prescrit un gargarisme chloraté, des pilules d'extrait de quina et d'ergotine, etc., etc.

22. Diarrhée, suppression des médicaments.

24. Dosage de l'albumine, 3,50 par litre.

3 août. Dosage de l'albumine, 1,25 par litre. L'œdème des malléoles a disparu, encore un peu d'œdème des paupières.

9. L'albumine a diminué sensiblement, on n'en retrouve plus de traces. La malade, malgré nos instances réitérées, s'obstine à quitter l'hôpital pour reprendre ses occupations, n'éprouvant plus aucun malaise.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Du traitement du tétanos traumatique par le chloral. — De l'emploi de la ligature élastique dans le traitement des fistules à l'anus. — Présentation d'une malade traitée avec succès d'un kyste synovial à grains riziformes, par l'incision, aidée de l'immobilisation, de la compression et du pansement antiseptique.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion sur le traitement du tétanos traumatique, M. Nicaise communique l'observation d'un malade, qu'il a en ce moment dans son service, et chez lequel le chloral, administré cependant à doses relativement modérées, a déterminé des accidents assez sérieux, imputables à cette substance, et qui l'ont obligé d'en suspendre l'emploi.

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui avait eu, le 31 août dernier, le troisième orteil du pied gauche écrasé. Il continua de travailler pendant une dizaine de jours. Le dixième jour, un médecin voulant régulariser la plaie, détacha l'ongle de l'orteil écrasé. A partir de ce jour, le malade commença de souffrir et le 14 septembre, quinze jours après l'accident, se déclarèrent les phénomènes tétaniques qui débutèrent par de la dysphagie, continuèrent par du trismus, de la raideur des muscles de la nuque et de l'opisthotonos.

Le 21 septembre, le malade entra dans le service de M. Nicaise. La plaie de l'orteil était presque complètement cicatrisée, et tout à fait exempte de douleur, ce qui indiquait l'absence de tout corps étranger dans les tissus. Le tétanos était peu accentué, bien qu'il y eût de l'épisthotonos et du trismus permettant un léger écartement des mâchoires. De temps à autre, quoique rarement, se manifestaient des secousses générales dans tout le corps, accompagnées d'une légère douleur dans la région de l'orteil malade.

Pendant cinq jours, M. Nicaise soumit le malade à l'usage des bains de vapeur et de

l'opium à haute dose; mais voyant que les phénomènes tétaniques ne s'amélioraient pas, il prescrivit le chloral à la dose de quatre grammes donnés en trois fois, de deux en deux heures. L'effet de cette dose ayant été nul, le chloral fut porté, le lendemain, à la dose de six grammes. Il se manifesta alors des phénomènes d'excitation extrême suivis d'une résolution presque complète des muscles contracturés. M. Nicaise crut devoir réduire, les jours suivants, la dose du chloral à quatre grammes. L'état du malade demeura stationnaire pendant quelques jours, puis, le 3 octobre, il y eut une aggravation à la suite d'un refroidissement causé par l'ouverture d'une fenêtre située près du lit du malade. Alors, le chloral fut porté à la dose de 5 grammes en potion, plus deux grammes qui furent donnés en lavement, soit sept grammes dans la journée. Mais le lavement ayant été rendu presque aussitôt après son administration, il n'y eut réellement pas ou presque pas de chloral absorbé par cette voie, et l'on peut évaluer à cinq grammes environ la totalité de la substance médicamenteuse, qui fut prise dans le courant de la journée.

Cependant, le malade tomba peu après dans un état comateux particulier, ne répondant pas aux questions qu'on lui adressait, et devenu insensible à tous les modes d'excitation. M. Nicaise, attribuant cet état à l'action du chloral, fit cesser aussitôt l'administration du médicament et peu à peu le coma disparut et le malade se réveilla.

Cet homme est aujourd'hui complètement guéri. M. Nicaise a cru devoir appeler l'attention sur ces effets d'intoxication par le chloral qui se sont manifestés alors que ce médicament n'avait été pris qu'à la dose de cinq grammes. Il pense que le chloral doit être donné avec prudence, en commençant par de petites doses et ne les augmentant que progressivement. L'action du chloral est de courte durée, mais si l'on répète les doses, il ne faut pas en donner plus de trois ou quatre grammes à la fois.

— M. Terrier a la parole pour la continuation de la discussion soulevée par le rapport de M. Lucas-Championnière, sur un travail de M. le docteur Queirel (de Marseille) relatif à l'emploi de la ligature élastique dans le traitement de la fistule à l'anus.

Les causes de la fistule anale étant de nature très diverse, phlegmons, abcès, tubercules, corps étranger, hémorrhoïdes enflammées et abcédées, etc., l'orateur pense qu'une seule et même thérapeutique ne saurait être applicable à tous les cas. Le mode opératoire doit varier, suivant les dispositions anatomo-pathologiques différentes des fistules que l'on a sous les yeux. Mais une condition commune que l'on rencontre fréquemment dans les fistules à l'anus et qui commande, en quelque sorte, la thérapeutique de cette maladie, c'est la présence de diverticulums plus ou moins nombreux, de culs-de-sac, de trajets multiples, recouverts de bourgeons charnus, de fongosités véritables, résultant d'inflammations franches ou autres, et qui s'opposent à la cicatrisation de la plaie de l'opération.

Pendant qu'il était à l'hôpital Temporaire, M. Terrier a eu l'occasion de voir nombre d'individus opérés de la fistule à l'anus. Très souvent, le même individu avait subi déjà plusieurs opérations pratiquées par divers chirurgiens, sans aucun résultat. Il a réussi cependant par divers procédés à guérir un certain nombre de ces malades.

La ligature élastique, dans les cas de fistules de peu d'étendue et résultant d'inflammations franches, peut avoir de véritables avantages. On peut passer dans le trajet fistuleux un fil élastique et le serrer de manière à déterminer la section du pont de tissus qui sépare les orifices de la fistule. La douleur de cette petite opération est, quoi qu'on en ait dit, plus ou moins vive, excessive parfois.

M. Terrier a pratiqué également la ligature élastique pour des fistules d'une étendue plus considérable, mais les résultats qu'il a obtenus ne lui ont point paru très satisfaisants. En somme, il croit devoir réserver cette méthode pour les cas de fistules peu profondes et peu étendues.

L'écraseur linéaire a été et est encore employé couramment dans le traitement des fistules à l'anus. Mais le procédé opératoire dont se servent beaucoup de chirurgiens paraît défectueux à M. Terrier. Au lieu de passer d'emblée le fil entraînant la chaîne d'écraseur et de sectionner le trajet séance tenante, Chassaignac avait l'habitude, surtout quand il s'agissait d'une fistule à diverticulums compliqués, de passer un tube à drainage, pour *canaliser* ainsi la fistule, suivant son expression, et de l'y laisser un certain temps. Il pratiquait ensuite la section avec l'écraseur et obtenait alors d'excellents résultats. M. Terrier a réussi également dans un certain nombre de cas, en imitant la conduite de son maître.

Dans certaines circonstances, quand il s'agit de trajets longs, anfractueux, recouverts de ces bourgeons charnus, de ces fongosités dont il a été parlé plus haut, il faut, de toute nécessité, pour réussir, cautériser et détruire ces fongosités qui empêchent la cicatrisation de la plaie.

Le thermo-cautère a été également employé par M. Terrier, pour guérir certaines fistules, concurremment avec les cautérisations énergiques des fongosités, des trajets fistuleux. Pour activer la cicatrisation, M. Terrier a même eu recours au pansement avec les mèches dont on

a dit tant de mal, à tort, suivant lui, dans la dernière séance. Malgré toutes ces précautions, il a constaté que la cicatrisation des fistules se faisait mal, que les trajets fistuleux se couvraient de végétations dont il était difficile de les débarrasser. M. Terrier a imaginé alors de gratter ces granulations avec une curette, après avoir, au préalable, ouvert les trajets fistuleux avec ou sans caustique. Grâce à ce procédé il est parvenu, dans beaucoup de cas, à enlever définitivement ces bourgeons charnus, toujours végétants, toujours repullulants, dans les trajets fistuleux, les diverticules, les culs-de-sac des ampoules. Il a observé quelquefois, à la suite de ce grattage, des hémorrhagies en nappe ; mais il a suffi, pour les arrêter, d'avoir soin, après avoir épongé la fistule, de cautériser au thermo-cautère, les points qui étaient la source de cet écoulement de sang.

M. Terrier, après avoir détruit les diverticules des fistules compliquées, a l'habitude de panser méthodiquement chaque trajet avec une mèche enduite de pommade phéniquée. Ces précautions sont indispensables, suivant lui, pour obtenir la guérison définitive des fistules. Quel que soit le mode opératoire employé, bistouri, écraseur linéaire, ligature élastique, thermo ou galvano-cautère, on n'arrive à rien de sérieux et de durable, si l'on n'a pas soin, en même temps, de détruire les bourgeons charnus, les végétations, les fongosités des trajets fistuleux.

M. Desprès croit devoir faire remarquer que les dispositions anatomo-pathologiques dont vient de parler M. Terrier n'existent généralement qu'à titre exceptionnel dans les fistules ordinaires ; on ne les observe guère que chez les tuberculeux. Les fongosités existent sans doute dans d'autres fistules, celles, par exemple, qui résultent de vastes abcès intra-pelviens, mais sans les diverticules dont il vient d'être question, la fistule n'ayant qu'une seule ouverture dans le rectum.

Ces grandes fistules, M. Desprès les a toujours opérées après les avoir soigneusement examinées ; jamais il n'a trouvé ces diverticules ou ces culs-de-sac sur lesquels M. Terrier a cru devoir appeler avec tant d'insistance l'attention des chirurgiens. Ces diverticules, quand ils existent, ne se voient qu'au niveau de l'orifice cutané, jamais au niveau de l'orifice rectal. M. Desprès déclare que, pour sa part, il ne s'en est jamais occupé, se souvenant du précepte posé par les vieux maîtres de la chirurgie, à savoir que ces diverticules guérissent toujours seuls, du moment que l'on a pris soin de faire communiquer ensemble l'orifice rectal avec l'orifice cutané.

M. Desprès a opéré un certain nombre de ces fistules par la méthode de Chassaignac, en introduisant dans le trajet fistuleux l'écraseur linéaire au moyen de très grosses ficelles préalablement passées à travers les orifices. Deux malades qu'il a opérés ainsi après les avoir endormis au chloroforme, ont parfaitement guéri dans l'espace d'un mois.

Chez une malade qui avait une fistule résultant d'un abcès de la glande vulvo-vaginale, fistule composée de quatre orifices cutanés et d'un orifice interne situé au-dessus du releveur de l'anus, M. Desprès a introduit une sonde cannelée de l'orifice cutané à l'orifice rectal, il a fait l'incision d'après le proeédé de Boyer ; cette malade, opérée depuis environ sept semaines, est aujourd'hui complètement guérie, toutes les fistules secondaires s'étant cicatrisées en même temps que la principale, seule opérée.

M. Desprès ne veut pas laisser passer sans protestation cette idée erronée, suivant lui, qu'il faut fouiller dans tous les coins et recoins d'une fistule pour la guérir. Il a pratiqué environ 220 à 240 opérations de fistules à l'anus, jamais il n'a été obligé de débrider les culs-de-sac, ni les trajets accessoires situés au voisinage de la fistule.

M. Desprès considère également comme inutile l'emploi de la curette et du grattage proposés et pratiqués par M. Terrier ; lorsque le travail de la cicatrisation de la fistule se ralentit, il est facile d'activer ce travail par la simple cautérisation avec le nitrate d'argent, le chlorure de zinc ou le fer rouge.

En résumé, pour ce qui concerne les petites fistules, M. Desprès croit devoir répéter ce qu'il a dit déjà, dans la dernière séance, à savoir que, pour l'opération de ces fistules, rien ne vaut le bistouri, procédé opératoire à la fois simple, facile et rapide qui lui a toujours donné des succès sans aucune récidive.

Pour les grandes fistules, l'écraseur linéaire répond merveilleusement à toutes les indications opératoires ; on pourrait dire avec vérité que si l'écraseur n'existait pas, il faudrait l'inventer pour ce genre de fistules.

M. Berger trouve que M. Desprès peut se considérer comme le plus heureux des chirurgiens, puisqu'il a guéri 230 à 240 fistules à l'anus sans récidive, et cela tout en ne se préoccupant jamais des diverticules et culs-de-sac. Pour sa part, M. Berger a toujours vu les fistules récidiver par suite d'opérations incomplètes, dans lesquelles on avait négligé d'ouvrir les diverticules ; toutes les fois que les trajets accessoires ont été traités, la guérison s'en est suivie.

M. Berger croit devoir signaler, cependant, deux conditions particulières dans lesquelles ces précautions demeurent insuffisantes et où il convient d'apporter quelques modifications dans les procédés opératoires. Il est des fistules à diverticulums multiples dont les orifices viennent aboutir à plusieurs points de la peau, émergeant, en quelque sorte, au sein d'un tissu profondément dégénéré, épaissi, induré, calleux, semblable à de la peau atteinte d'éléphantiasis, en un mot ayant le caractère du tissu sclérodermique. Quand on manœuvre sur un pareil terrain, on échoue à peu près infailliblement. Pour guérir les malades, il faut, comme M. Berger a eu l'occasion de le faire sur un malade de l'hôpital de la Charité, atteint depuis vingt ans d'une fistule à bords calleux, enlever avec soin toute la partie sclérodermique, de manière à opérer dans les tissus sains; on peut alors obtenir la guérison complète.

Dans d'autres cas, il arrive que, malgré les pansements les mieux faits et les précautions les plus minutieuses, les fistules ne guérissent pas; on a beau multiplier les opérations, la cicatrisation ne peut aboutir, quoi qu'on fasse. Souvent, dans ces cas, l'insuccès tient à un mauvais état général des malades placés plus ou moins en puissance de diathèse tuberculeuse. Chez un homme de bonne apparence qui se trouvait dans ces conditions, ayant des ascendants tuberculeux, bien qu'il ne présentât lui-même aucun signe physique ni rationnel de tubercule, l'opération de la fistule, pratiquée plusieurs fois par M. Berger, avait toujours échoué; sur le conseil de M. Richet, M. Berger prescrivit au malade l'huile de foie de morue et, au bout d'un mois, la fistule, qui depuis six mois résistait à l'emploi de tous les moyens locaux, était complètement guérie, grâce à l'influence du traitement général.

M. Trélat dit qu'il y a une distinction à faire entre les fistules suivant qu'elles sont simples ou compliquées de diverticulums, de clapiers, de fongosités, de callosités. Les premières, parmi lesquelles il faut citer avec M. Desprès les fistules qui succèdent aux phlegmons de l'espace ischio-rectal supérieur, marchent vers la guérison avec une rapidité remarquable, quand elles ont été opérées par une large ouverture. La seconde catégorie est vaste et comprend le plus grand nombre de fistules que l'on observe communément. Ces fistules tracent sous les téguments des galeries plus ou moins profondes et durables. Que ce soit par suite d'un mauvais état local ou général, de l'incurie du chirurgien, de l'emploi d'un procédé opératoire défectueux ou d'un mauvais mode de pansement, ces formes de fistules à trajets multiples, offrant dans leur fond et sur leurs bords des fongosités et des callosités, sont généralement rebelles et très difficiles à guérir.

Au fond, le procédé de diérèse employé pour la section de ces fistules importe peu; il arrivera un jour où l'on rangera les divers procédés de section dans deux catégories : ceux qui sont hémostatiques et ceux qui ne le sont pas. Ce temps de l'opération est en somme le moins important; ce qui importe surtout, c'est la modification des parties profondes, que cette modification se fasse par des pommades, des cathéritiques tels que le nitrate d'argent et autres caustiques, le thermo-cautère ou le fer rouge, le grattage par la curette ou l'excision par les ciseaux.

En résumé, quand on rencontre des fistules dont le trajet présente des conditions peu favorables au travail de la cicatrisation : callosités, fongosités, etc., il faut, au préalable, détruire ces tissus fongueux et calleux et ramener, en quelque sorte, à neuf le terrain sur lequel on doit opérer; alors la plaie se cicatrisera et la fistule sera définitivement guérie. Sur ce point, M. Trélat partage entièrement la manière de voir déjà exposée par MM. Terrier et Berger. Comme eux, il a dû, dans le traitement des fistules anales, passer par toutes les étapes qu'ils ont parcourues, apportant d'année en année quelques modifications aux procédés opératoires légués par les vieux maîtres, réalisant des progrès successifs résultant de l'expérience acquise relativement aux divers modes de pansement, au manuel opératoire, à l'excision des bords de la plaie, à la destruction des fongosités et des callosités, à la modification des trajets fistuleux par le fer rouge remplacé plus tard par le thermo-cautère beaucoup plus commode, au pansement antiseptique, etc. C'est dans cet ordre d'idées que M. Trélat admet avec M. Lucas-Championnière l'opportunité, dans certains cas, de la ligature élastique dans le traitement des fistules à l'anus.

M. Duplay pense, avec M. Terrier, qu'il est impossible d'établir un procédé ou une méthode uniforme de traitement des fistules à l'anus si différentes entre elles par leur siège, leur forme, leurs complications, etc. On peut, suivant lui, réduire toutes les fistules anales, au point de vue de la thérapeutique, à deux classes : les fistules simples et les fistules compliquées. Pour celles-ci, il faut de toute nécessité, comme l'ont très bien dit MM. Terrier, Berger et Trélat, recourir aux incisions multiples, aux modifications des parois et des fonds des trajets, aux pansements très soignés, etc.

Pour les fistules simples, ou ne remontant pas très haut au-dessus du sphincter, le procédé opératoire importe peu; on peut sectionner avec le bistouri, les ciseaux, le thermo-cautère, le galvano-cautère ou la ligature élastique.

Ce dernier procédé, sujet principal de cette discussion, aurait sur les autres procédés l'avantage incontestable (en admettant qu'il possède réellement les mérites que ses partisans se plaisent à lui reconnaître) d'être d'une extrême simplicité et de constituer à peine une opération; ce serait un progrès réel dans le traitement des fistules simples.

M. Duplay a employé un des premiers, dans les hôpitaux de Paris, le procédé de la ligature élastique. Sans partager l'enthousiasme des partisans de cette opération, il reconnaît qu'elle peut rendre, dans les cas simples, de véritables services, à la condition de se servir d'un fil très fin et de ne faire qu'une constriction modérée. Dans ces conditions la douleur est, en général, de peu d'intensité et ne dure guère au delà de vingt-quatre heures, elle est même nulle parfois; la section des tissus se fait lentement et la cicatrisation suit en quelque sorte pas à pas la section, sans qu'il soit nécessaire de faire des pansements, ni d'obliger les malades à garder le lit.

M. Desprès croit devoir protester, au nom du progrès, contre la proposition émise par MM. Trélat, Berger et Terrier, que ce qui importe, dans le traitement des fistules, c'est de modifier les parois du trajet. Suivant lui, la fistule à l'anus guérit quand on a réuni entre eux, par la section, l'orifice interne à l'orifice externe, de telle sorte qu'il ne passe plus par le trajet fistuleux ni matières fécales ni gaz. Il suffit d'empêcher le passage des matières fécales et des gaz par le trajet fistuleux pour en amener la cicatrisation. Pour lui, le mode opératoire le plus simple est le bistouri, bien préférable à la ligature élastique qui n'est, en somme, qu'une confrefaçon du procédé de Foubert, un vieux maître qui opérait toutes les fistules en les sectionnant avec un fil de plomb. Le temps a fait justice du procédé de Foubert comme il fera justice de la ligature élastique qui nous ramène à la chirurgie du bas-empire.

M. Terrier ne saurait admettre l'axiome posé par M. Desprès, qu'il suffit d'empêcher les matières et les gaz de passer dans le trajet fistuleux pour le guérir. Plusieurs fois, à l'imitation de son maître Chassaignac, M. Terrier a placé dans le trajet fistuleux un tube à drainage formant une anse, qu'il a laissé en place pendant un certain temps. Les matières fécales et les gaz passaient par la fistule et cependant le tube a sectionné le pont du trajet fistuleux, et la fistule, ainsi opérée toute seule, a parfaitement guéri. Le même fait s'est reproduit récemment encore, dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Saint-Antoine, chez un tuberculeux atteint de fistule à l'anus, qui a guéri spontanément après avoir été sectionnée par un tube à drainage placé dans le trajet fistuleux, et permettant le passage des gaz et des matières.

M. Marc Sée a vu, contrairement à l'axiome de M. Desprès, des décollements de la muqueuse se produire au-dessus de l'orifice interne d'une fistule dont les orifices interne et externe avaient été cependant réunis par la section; dans ces cas il faut également fendre cette muqueuse pour obtenir la guérison, et il est aussi nécessaire d'inciser les trajets latéraux.

M. Sée rappelle ce qu'il a dit déjà dans la dernière séance, à savoir que la ligature élastique a le grand avantage d'être une opération des plus simples; qu'elle peut être proposée et pratiquée extemporanément chez des individus pusillanimes qui reculeraient devant le bistouri, l'écraseur linéaire ou le thermocautère. Il a pu, en particulier, la faire accepter par des tuberculeux au 3e degré, tourmentés par la douleur, et épuisés par la suppuration d'une fistule à l'anus; l'application de la ligature élastique les a considérablement soulagés, sans leur faire perdre une goutte de sang.

M. Trélat dit que M. Desprès a émis un paradoxe audacieux en soutenant que les fistules à l'anus se guérissent lorsqu'il ne passe plus dans leur trajet ni matières fécales, ni gaz; il suffit, pour réduire à néant une pareille assertion, de rappeler les fistules stercorales qui guérissent spontanément malgré le passage incessant des gaz et des matières.

M. Lucas-Championnière, rapporteur, résume la discussion, montre l'accord qui s'est établi entre lui et l'unanimité de ses collègues, qui ont pris part à la discussion, à l'exception de M. Desprès, au sujet de la ligature élastique appliquée au traitement des fistules à l'anus simples, la question de l'application de cette méthode aux grandes fistules étant encore réservée.

Il termine en proposant d'adresser à M. le docteur Queirel (de Marseille) une lettre de remercîments pour son intéressante communication et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

— M. le docteur Humbert, chirurgien des hôpitaux, présente une malade qu'il a opérée avec succès d'un kyste à grains riziformes du poignet, par l'incision de la tumeur, aidée de l'emploi du pansement antiseptique combiné avec l'immobilisation et la compression.

Il y a deux mois que l'opération a été pratiquée et la guérison s'est maintenue sans récidive. L'observation de M. Humbert est renvoyée à l'examen d'une commission omposée de MM. Berger, Marc Sée et Nicaise, rapporteur. — A. T.

CHRONIQUE

Les fièvres palustres dans l'Inde. — La population de l'Inde, d'après le recensement de 1881, s'élève à 252,541,210 habitants, soit une augmentation d'environ 12 millions sur le chiffre obtenu en 1872, et qui était de 239,750,000. Dans quelques régions il y a cependant une diminution de la population d'environ 25 pour 100, par suite de disette. En 1879, il y eut 4,975,042 décès, dont 270,552 par le choléra, 194,708 par la variole, et 3,564,035 par les fièvres palustres. L'armée anglaise, qui compte 57,810 soldats, donne 51,959 cas de fièvre, dont 1,387 ont été mortels. L'armée indigène, qui compte 130,000 hommes, a eu 122,375 cas de fièvre, dont 1,756 suivis de mort.

Cette courte statistique démontre que la fièvre palustre constitue un des fléaux les plus meurtriers que nous connaissions. Elle justifie pleinement l'importance que M. Verneuil recommande, en prêchant d'exemple, d'accorder à l'étude du paludisme. Nous croyons rendre service à nos confrères de l'Inde et à la population de ce pays en conseillant aux premiers la lecture du livre de M. Maillot, et de celui plus récent de M. Léon Colin sur les fièvres intermittentes.

Accroissement statistique de la population juive. — En Europe, l'augmentation de la population catholique, protestante et juive en général, se tient dans le rapport respectif de 1, 2 et 3 ; en Autriche et en France, l'augmentation de la population juive est de 4 à 7 fois plus rapide que celle de la population catholique.

Cette augmentation plus rapide de la population juive n'est pas en rapport avec le nombre des naissances qui, en général, sont inférieures à celles des catholiques et des protestants. D'autre part, les naissances illégitimes des juifs sont en nombre inférieur à celles des autres habitants. Or, comme la mortalité est plus forte chez les enfants illégitimes, il en résulte que les juifs, tout en n'ayant qu'un nombre moindre d'enfants, en sauvent cependant un plus grand nombre.

En outre, le docteur Lagneau fait observer ce fait curieux : dans la population catholique, en général, le nombre des enfants mâles est sensiblement égal à celui des filles, avec une légère différence seulement en faveur des premiers. Le rapport numérique entre les garçons et les filles des catholiques, des protestants et des autres habitants est de 105 à 100. Au contraire, chez les israélites de Russie, de Prusse, d'Autriche, de Hongrie et d'Italie, il y a une proportion de 110, 120, 130 garçons pour 100 filles. D'après Lagneau, cette prédominance notable du nombre des garçons sur celui des filles dépendrait de ce fait que les israélites se marient assez jeunes, et particulièrement entre 20 et 25 ans.

Influence des hôpitaux spéciaux pour la petite vérole sur les épidémies varioliques. — On a souvent agité la question de savoir s'il fallait interner les varioleux dans des hôpitaux spéciaux ; le fait rapporté par *The Lancet* tend à démontrer que cette manière de faire n'est pas sans danger quand l'hôpital est situé dans un quartier populeux. A Rochdale, il survint une épidémie de petite vérole l'année dernière, et dans la première semaine de décembre il y eut 440 cas dans 310 maisons. Alors on fit d'un workhouse un hôpital pour les varioleux. A partir de ce moment, le nombre des maisons envahies par la maladie s'éleva à 334, et cet accroissement eut lieu dans un rayon d'un quart de mille autour de l'hôpital, car dans ce rayon le nombre de malades fut quinze fois plus grand que dans tout le reste du quartier. On ne put trouver d'autre cause à cette augmentation du nombre des malades que la viciation de l'air déterminée par l'accumulation d'un grand nombre de varioleux dans un espace restreint.

Influence de la race sur les résultats des opérations chirurgicales. — M. J.-H. Brinton écrit les lignes suivantes dans l'*International Encyclopædia of Surgery* en voie de publication aux Etats-Unis. « Les races noires et les nations orientales supportent le mieux les blessures et les opérations, puis viennent les Anglo-Saxons ; et, d'après Chauffard, la race latine vient aussi loin derrière ceux-ci que ceux-ci derrière la race noire. L'immunité des Chinois et des Japonais dans la mortalité après les opérations est démontrée d'une manière remarquable par les divers rapports des médecins exerçant dans les Indes. On sait aussi que la pyohémie survient rarement chez les Chinois, et dans un récent compte rendu de 138 opérations de taille pratiquées sur des sujets de tout âge et de toutes professions, depuis 2 ans jusqu'à 80 ans, on ne trouve que 8 morts. Les Japonais passent pour jouir d'une immunité semblable pour la pyohémie, la septicémie, le tétanos et l'érysipèle. Dans notre pays, le nègre supporte généralement bien les blessures, pourvu qu'il n'ait pas été exposé ensuite au froid ou à l'humidité. C'est ce qu'a démontré l'expérience de la brigade des nègres pendant la guerre d'Amérique. D'après mon observation personnelle, lorsque ces soldats, blessés sur le champ de

bataille, étaient enfermés dans des hôpitaux bondés de malades et surchauffés, ils guérissaient bien; mais lorsqu'on les portait dans des hôpitaux sous tente bien ventilés, et qu'on les plaçait dans les conditions hygiéniques qui étaient les plus favorables pour le soldat américain de race blanche, ils allaient mal et contractaient des pneumonies graves ou autres affections aiguës intercurrentes. Les Irlandais, avec leur mobilité d'esprit particulière, supportent bien aussi les opérations, comme font les Allemands les plus phlegmatiques. L'Américain n'est pas un aussi bon patient; son activité d'esprit le rend inquiet, remuant, indisciplinable; il attend avec anxiété la fin de sa convalescence, et il n'est pas rare de le voir sortir trop tôt, retardant ainsi lui-même sa guérison. »

Mort de M. le docteur Soye. — Cet estimable confrère, ancien médecin à Aubenton et député du département de l'Aisne depuis 1871, a péri dans un accident de voiture. On était venu chercher le successeur de M. Soye, le docteur Bocquet, pour porter secours à un blessé. M. Bocquet étant absent, M. Soye fit atteler le cheval de celui-ci et partit. Le cheval, qu'il ne connaissait pas, s'emporta, s'abattit, et dans la chute de la voiture, notre confrère et son domestique furent tués.

M. Soye avait passé sa thèse en 1851 sur les ulcérations du col de l'utérus.

Congrès des pharmaciens allemands. — L'Union des pharmaciens allemands compte 2,755 membres répandus dans toutes les parties de l'empire, réunis en comités locaux affiliés eux-mêmes au Comité central. Cette association a tenu son onzième congrès annuel le mois dernier, à Berlin. Parmi les questions intéressantes, on cite les efforts tentés par la Société du Mecklembourg pour arrêter l'extension de la réclame pour les spécialités; une discussion sur une édition nouvelle de la pharmacopée allemande, en préparation actuellement; une communication du professeur Reichert, d'Iéna, sur l'analyse volumétrique d'après le système de Gay-Lussac, avec des applications spéciales à l'examen des préparations de chimie pharmaceutique; un mémoire du docteur Tschirch sur les études micro-chimiques de réaction dans la technique microscopique; une discussion sur la désinfection et la neutralisation des odeurs (déodorisation) soulevée par le docteur Franke, de Charlottenbourg. Les fonds de l'Union s'élèvent à environ 325,000 francs; elle donne 30 secours de 200 francs par an, tirés des fonds des pensions, et la liste des pensions va s'augmenter prochainement. Outre le fonds général de secours pour les familles des pharmaciens décédés, les secours annuels pour 1883 sont évalués à une centaine, formant une somme d'environ 15,000 francs.

Le docteur Von Waldheim, de Vienne, fit un rapport sur les progrès faits dans la préparation de la pharmacopée universelle. Une commission internationale de 32 délégués (d'Europe et d'Amérique) a été désignée dans ce but. (Voir notre compte rendu du Congrès de Londres, de 1881.) Son objet est la publication des formules des médicaments simples et composés, dans lesquels il entre des agents très actifs, afin que toute prescription d'un médecin quelconque puisse être préparée de même qualité et quantité par un pharmacien quelconque du monde entier. Wiesbaden a été choisie pour siège du prochain Congrès.

Débuts de Desmarres père en ophthalmologie. — La *Gazette des hôpitaux* raconte le hasard qui décida de la vocation de Desmarres père, dont les commencements furent des plus difficiles. Desmarres porta d'abord des *contraintes* pour le receveurd es contributions de Versailles, puis entra aux Domaines avec des appointements de 100 francs par mois, ce qui l'obligea à venir, avec toute sa famille pauvre, à Paris, où la vie était plus chère qu'à Versailles. C'est alors que la pensée lui vint de se faire médecin. Il achète quelques os, qu'il cache dans son pupitre, et les étudie à ses moments perdus; il se met à suivre plusieurs cliniques, notamment celle de Sichel. Un jour que Desmarres était plongé dans ses écritures, il entend comme une masse rouler dans un couloir; il ouvre la porte : c'était Sichel, qui perdu dans l'obscurité, battait les murs sans pouvoir s'orienter.

— M. Sichel ! — Vous me connaissez? — Oui, je vous ai vu à votre clinique. — *C'est pien.* Voici ce qui m'amène : Je suis propriétaire riverain de la forêt du Raincy. J'ai demandé aux Domaines la permission d'aller m'y promener en voiture, et il m'a été délivré à cet effet une clé pour ouvrir les barrières. Or, cette clé, je l'ai perdue, de sorte que non-seulement je ne puis jouir de la faveur qui m'a été gracieusement accordée, mais encore je pourrais à cette heure passer pour un dépositaire infidèle. Je viens donc confesser ma faute et demander une autre clé.

— Le malheur n'est pas grand, M. Sichel, je me charge de le réparer. Repassez dans quelques jours à mon bureau, et vous trouverez une autre clé. — Merci d'avance, Monsieur. Et vous suivez ma clinique, jeune homme, malgré vos occupations ! *C'est pien* ! »

Dans le courant de la même semaine, Sichel revint prendre possession de la nouvelle clé qui l'attendait. Il s'assit dans le bureau et invita Desmarres à l'aller voir pour l'aider à mettre

son allemand en français, et peu de temps après il en fit son chef de clinique. La clé de Desmarres allait ouvrir la porte à une deuxième clinique, rivale de la première. — P.

JOURNAL DES JOURNAUX

Greffe musculaire des animaux à l'homme, par Helferich, de Munich. — L'auteur avait à extirper une tumeur volumineuse du biceps droit, occupant presque toute l'épaisseur du muscle dans sa moitié inférieure. Le muscle avait déjà d'ailleurs perdu sa fonction. Les expériences de Gluck l'engagèrent à pratiquer une restauration d'un nouveau genre. L'extirpation de la tumeur eut lieu le 16 février 1882; le muscle était en effet presque totalement détruit sur une longueur de 12 centimètres. Helferich combla cette perte de substance avec une partie du biceps fémoral d'un chien, préparé séance tenante, la prenant un peu plus longue que le déficit à combler et la fixant au moyen de six points de suture au catgut au tendon supérieur et par trente autres points à ce qui restait du biceps.

Toute cette opération fut faite au Lister, moins le spray, et le bras fixé au thorax.

Quand on enleva le premier pansement, au dixième jour, la greffe musculaire était bien mortifiée sur toute sa longueur, mais sur le 1/8 seulement de son épaisseur et au deuxième pansement, après dix autres jours, la réunion était complète. Après quatre semaines, on commençait le traitement à l'électricité et le membre reprenait peu à peu ses fonctions. Au bout de trois mois, ses fonctions sont à peu près normales. Le biceps se contracte vigoureusement, mais l'auteur se demande si ce n'est pas le tronçon du biceps primitif qui fait tous les frais de cette contraction. (*Central Blatt f. Chirurgie, Belage* 29, 1882, 22 juillet.)

Traitement des suppurations sous-cutanées et des adénites par le savon vert, par Beetz. — Des résultats inattendus ont été obtenus au moyen d'onctions de savon vert dans le traitement des adénites des strumeux, et, en général, de toutes les suppurations auxquelles la strume donne naissance, par Kappesser d'abord, médecin militaire hessois, puis par Haussmann, Klingelhöfer; Beetz doit à ce traitement si simple des succès thérapeutiques véritables. L'indication peut en être étendue aux panaris, au début; aux bubons, spécifiques ou non; à toutes les suppurations en général. On peut se servir aussi de la solution alcoolique du savon de potasse (alcool, 1; savon vert, 2). (*Aerztl. Int. Blatt*, 1882, 4 juillet.)

La cirrhose hépatique biliaire, par Mangelsdorf. — Il n'y a pas bien longtemps qu'on a reconnu, pour la première fois, la possibilité d'une cirrhose hépatique sous la dépendance d'une obstruction des voies biliaires et de la rétention de la bile. Virchow a entrevu le fait en 1857; Förster, Cohn, Wyss et Cruveilhier ont été plus explicites. C'est aujourd'hui une pathogénie des mieux établies que celle de la cirrhose hépatique biliaire. Mangelsdorf n'analysa pas moins de 321 observations, n'ayant pas d'ailleurs toutes la même valeur démonstrative, et empruntées pour la plupart aux observateurs français : Charcot, Gombault, Du Castel, Jaccoud, Pierret, etc. Il présente lui-même quelques observations nouvelles. Un grand nombre d'expérimentations ont été également faites dans le but d'éclairer cette pathogénie d'une façon générale; à côté de quelques résultats contradictoires, la cirrhose expérimentale paraît peu différer de la cirrhose clinique, mais le chaos commence lorsqu'il s'agit de fixer, d'après les divers expérimentateurs et les cliniciens, l'espèce anatomique de la cirrhose biliaire, qui se laisse mal différencier de la cirrhose commune ou alcoolique. Malgré ses recherches anatomopathologiques consciencieuses, Mangelsdorf se déclare incapable de trancher la question. Mais il pense, d'accord avec les conclusions du travail français de Guiter, qu'on a beaucoup trop classifié et catégorisé les cirrhoses : que cette systématisation ne répond pas aux faits ; que (réaction analogue à celle qui se produit actuellement à propos du processus des néphrites), il y a lieu de simplifier et de trancher dans ces trop nombreuses espèces, qu'on est amené peu à peu à considérer comme les différents anneaux d'une même chaîne reliant les formes types de la sclérose du foie. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1882, Août; p. 523.)

L'*albuminurie* et la *glycosurie transitoires dans le delirium tremens*, par Bumm. — D'après Fürstner et Wimberg, dans 33 et même 40 p. 100 des cas simples de delirium tremens, on constate de l'albuminurie, et la quantité d'albumine est en proportion de la gravité de l'attaque. Dans le fait qui est l'occasion de ce travail, le sujet était mort subitement dans le cours d'un accès de delirium. A son admission à l'hôpital, son urine renfermait de l'albumine et du sucre en quantité notable; le lendemain, l'urine était normale. La nuit, elle renfermait du sucre, mais pas d'albumine. Le surlendemain, le malade paraissait plus tranquille; symptôme trompeur, car il mourait subitement. Les antécédents héréditaires étaient bons; personnellement, outre l'alcoolisme, il avait eu une légère attaque de rhumatisme articulaire

aigu. A l'autopsie on trouva de la congestion du cerveau et de la moelle allongée, un foyer de pneumonie dans le poumon droit, un foie graisseux, les reins congestionnés. Pour l'auteur, les désordres de la sécrétion urinaire et la mort subite sont le résultat d'une lésion centrale et s'enchaînent. La lésion (congestive) du plancher du quatrième ventricule explique la glycosurie et l'albuminurie (Cl. Bernard); l'atteinte du nœud vital de Flourens, par une extension du processus congestif, la mort subite. (*Berlin klin. Woch.* et London *med. Rec.*, 15 août 1882.)

De l'influence des pyrexies sur le cours de la syphilis, par PETROWSKY. — Dans un cas, il restait comme accident de la syphilis une adénite sous-maxillaire assez volumineuse, qui disparut au cours d'une fièvre typhoïde. Dans deux autres cas de syphilis confirmée, et dont l'accident primitif remontait à 6 et 12 mois, une guérison complète, ou du moins la disparition complète de toute trace d'injection eut lieu à la suite d'une petite vérole et d'un érysypèle. Dans le premier de ces faits, il y avait eu un traitement mercuriel d'un mois et demi de durée : dans le second, aucun traitement spécifique. La guérison s'est maintenue plusieurs années (*Wratsch et London med. Record*, 15 août 1882). R. LONGUET.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Routier, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du vendredi 20 octobre 1882, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ce cours, qui ne pourra comprendre plus de douze séries d'élèves, est spécialemet destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt passible à l'Ecole pratique, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires relativement au paiement des droits réglementaires, etc.

EXERCICES DE DISSECTION. — Les exercices de dissection, pour l'année scolaire 1882-1883, auront lieu à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 23 octobre prochain. Les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué, sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du vendredi 3 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne, à une heure précise, dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième année: les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

C. Les exercices de dissection sont facultatifs pour les autres étudiants et les docteurs en médecine. Les uns et les autres, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen de la Faculté.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés de deuxième et de troisième année, suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique ; 2° élèves non obligés et docteurs en médecine, également suivant la date de leur inscription.

NOTA. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel, 2, rue Vauquelin. Ce bureau sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 18 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ; 2° la quittance constatant le paiement des droits. Passé le 18 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

La mort de M. Davaine est un évènement qui ne peut laisser aucun de nous indifférent. M. le professeur Hardy, en l'annonçant à l'Académie de médecine, a retracé dignement en quelques mots la vie de ce modeste savant qui a été un initiateur, et dont les travaux sur les maladies charbonneuses ont ouvert la voie que parcourent aujourd'hui tant d'esprits éminents. Exemple trop rarement suivi, M. Davaine avait exprimé la volonté qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe.

— On dit que la France se dépeuple. Aussi avons-nous curieusement entamé la lecture d'un petit livre, *La femme stérile*, que vient de publier un de nos plus dignes confrères, M. le docteur P.-M. Dechaux, de Montluçon (1). Nous pensions y trouver une étude nouvelle des causes de la stérilité chez la femme, des inconvénients et des malheurs qu'elle entraîne, des moyens qu'on peut diriger contre elle ; et puisque la décadence de notre race est à l'ordre du jour, nous espérions que l'auteur allait nous donner, sur ce grave sujet, des enseignements et des consolations. Il n'en est rien. Dès les premières pages, le savant médecin déconcerte notre espoir et change le cours de nos idées. Nous sommes tenté de crier au paradoxe ; néanmoins nous poursuivons avec un intérêt croissant la lecture de cet ouvrage, qui nous mène bien loin des idées reçues, et nous captive, quelque rétif que nous soyons en fin de compte, par une originalité qui est le moins contestable de ses mérites.

Le premier chapitre, en nous parlant de « l'origine biblique de la stérilité », nous conduit *in medias res*, et nous fait deviner la pensée de l'auteur, bientôt dévoilée par cette formule : la glaire qui descend du col utérin est « naturelle et intentionnelle. » Alors se déroule un véritable panégyrique des flueurs blanches, d'où il appert que le catarrhe utérin est un mythe, et le spéculum un instrument à peu près inutile. Ces écoulements que nous croyons liés à une endométrite, M. Dechaux n'est pas loin, avec Scaliger, de les appeler des *fleurs*, mot « plus élégant et plus honnête », puisqu'ils n'appartiennent à la femme que pendant « sa floraison ». Il s'indigne que tant de médecins veuillent « voir le col dans la cachette où la nature l'a placé », et pousse la pudeur jusqu'à défendre même qu' « on vérifie les hommes » quand on n'y est pas absolument obligé. Il prédit enfin les plus grands malheurs aux femmes qui seront parvenues à se délivrer de leurs pertes blanches : « A une trop grande humidité succédera une désolante sécheresse. Il ne suffit pas, pour les rapports conjugaux, de désirs, de volonté, de complaisance, d'électricité même, il faut de l'onctuosité. » Avec l'auteur, nous sommes très partisan de l'onctuosité ; mais nous savons nous contenter du produit de la glande de Bartholin, et nous n'avons pas pour le flux catarrhal l'indulgence qu'ont inspirée à notre confrère « ses études sur les maladies des femmes et sa pratique très modérée des traitements au spéculum. » L'idée pourrait même venir que cette manière de voir (sans regarder) sur les maladies des femmes est le résultat d'une pratique trop modérée.

Cette discussion sur les flueurs blanches nous conduit à « une découverte », celle du rôle que joue la glaire utérine dans la fécondation. « Ευρηκα, s'écrie l'auteur, j'ai trouvé ce que cherchait tant Haller ! » Et il expose que la vulve « est une corolle, une campanule », que la glaire utérine sert de conducteur à la semence ; il se déclare « épris de considération pour cette glaire pure, admirable, vivante », et

(1) J.-B. Baillière et fils, 1882.

reproche aux médecins de la considérer comme « un bouchon, un barrage, un obstacle, un poison », de la traiter « de spermaticide, d'immondice », de mettre tous leurs soins « à l'arracher, la détruire, la tarir, la brûler le plus haut possible. » Enfin, il consacre de longues pages à combattre deux hypothèses depuis longtemps réfutées, l'*aura seminalis* et l'émission intra-utérinc.

Mais voyons les « conséquences de la découverte ». Cette glaire, qui joue un si grand rôle dans la fécondation, peut avoir une part dans l'infécondité, si elle ne conserve pas « sa fraîcheur et sa vitalité très bas jusqu'à l'extérieur », si elle est coagulée ou trop claire, etc. Nous voici au cœur de l'ouvrage; il ne faut pas s'y tromper, M. Dechaux fait l'éloge de la stérilité. Aux femmes infécondes « Dieu fait la part plus grande dans les avantages d'ici-bas; il leur donne plus de force, plus de santé, plus de richesses et plus de liberté. » Elles ont « un sang plus riche et plus fixe... des muscles plus épais... une ossature plus résistante... un cerveau plus dense et plus ferme... leur travail et leurs revenus sont tout pour elles.... elles peuvent s'amuser, se distraire... elles peuvent être de tous les sermons... La stérilité est une force », témoins les arbres vigoureux qui fructifient à peine, témoins les abeilles infécondes qui sont les meilleures ouvrières; « enfin il y a les mulets, qui ne sont nullement destinés à reproduire, et qui ont bien leur valeur et leur destination. » On a comparé la femme à un chameau qui nous aide à traverser le désert de la vie; notre auteur en fait un mulet que la société utilise.

Où en serions-nous sans cette « légion de stériles », sans ces « condensateurs de leurs propres forces », qui sont là pour suppléer les mères et les grand'mères, pour « conserver et réaliser la fortune, ce point d'appui, ce levier...? Otez les stériles, et vous ôtez les oncles, les tantes... » Quelle excuse inattendue pour les neveux avides d'héritage!

Comme de juste, notre confrère s'indigne contre la fécondation artificielle, et propose d'appeler les enfants mal bâtis « enfants de seringue ».

Il ne recule pas devant la statistique. Sur 18,000,000 de femmes en France, il accorde la fécondité à 400,000 seulement, qui, à raison de 4 ou 5 enfants par tête, produiront une natalité de 100,000 par an; or, la statistique officielle ne donne que 966,682. Nouvel argument en faveur de la stérilité!

M. Dechaux préconise la chasteté dans un style exquis et humide de détails; il va même jusqu'à traduire Horace, et les conseils qu'il place dans la bouche d'un philosophe :

. . . . . Jeunes gens, dit ce sage,
Quand l'amour vous embrase, armez-vous de courage,
Allez au mauvais lieu!

(Horace, livre I, sat. II.)

Seulement, cette sentence du divin Caton, *sententia dia Catonis*, il l'attribue au « divin Platon », sans doute parce qu'en suivant le chemin du lupanar « on arrive de soi-même au platonisme. »

Mais où notre confrère nous paraît oublier le vrai rôle du médecin et du physiologiste au sein de la société, c'est quand il nous trace un tableau fictif de ces « ménages stériles qui progressent plus que les autres », où les femmes prennent « cette meilleure apparence que donnent la santé, le repos, l'aisance », où les maris eux-mêmes ont « du corps, de l'aplomb, de l'importance », et quand il nous montre en regard la « dégradation physique » de ces femmes « superbes à leur entrée en ménage », et qui après leurs couches « sont fondues, méconnaissables, à tel point qu'on se demande quels orages ont passé sur elles »; quand enfin il compare « ces braves ouvriers qui succombent avant l'âge à un travail excessif pour nourrir leur famille », avec « le stérile, qui n'a eu que sa femme et lui à pourvoir, qui ne s'est ni partagé ni affaibli » et qui arrive « à des positions supérieures. » Quelle excitation à l'égoïsme, au mépris de la maternité, à l'amour de vivre sans labeurs et sans peines! Et n'est-il pas à craindre que ce partisan de l'onctuosité vaginale ne nous mène droit à la sécheresse du cœur?

Telle n'est pas sa pensée, et nous ne laisserons pas croire à M. Dechaux que nous l'ayons à ce point méconnu. Notre éloignement pour les idées qu'il professe ne va pas jusqu'à l'indignation. Avec lui nous pensons que les femmes stériles peuvent jouer dans la société un rôle utile et respectable; nous croyons aussi que hommes et femmes ont le droit, dans une certaine limite malheureusement dépassée par l'auteur, d'être des « stériles volontaires », et nous n'avons qu'une vénération mitigée pour les innombrables familles des puritains. Là s'arrêtent nos concessions; puissent-elles engager notre confrère à prendre en bonne part les réflexions que nous avons faites librement sur un ouvrage d'une tournure inattendue, mais écrit dans un style curieux, animé, trahissant une conviction sincère. Nous le prions donc de nous pardonner nos critiques, et d'y voir une preuve de l'estime que nous avons pour son talent et pour son caractère. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

ANGINE ET ALBUMINURIE,

Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux,

Par le Dr LAURE, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

Suite. — (Voir le numéro du 17 octobre.)

OBS. VIII. — *Angine catarrhale. — Albuminurie.*

Saint-Maurice (Pierre), à Irigny (Rhône). (Observation due à l'obligeance de M. le docteur Duséa, de Pierre-Bénite).

Le malade est âgé de 15 ans et de constitution assez robuste. Pas d'antécédents diathésiques. Jamais il ne s'est plaint de douleurs rhumatismales. Lorsque le malade s'est présenté à l'examen, il a accusé une souffrance assez vive à la gorge, caractérisée par une sensation de cuisson ou de brûlure, sensation exagérée par l'ingestion d'aliments ou par les efforts de déglutition. A l'inspection de la gorge, on a constaté une hyperémie assez bien circonscrite aux amygdales, qui sont un peu hypertrophiées. Sur ces amygdales, on remarque par places quelques points blanchâtres.

La percussion et l'auscultation ne donnent aucun résultat; on ne trouve rien non plus du côté du cœur.

Le malade n'a jamais eu de douleurs au niveau des reins, pouvant expliquer une néphrite.

De plus, c'est la première fois que le malade se plaint de mal à la gorge.

L'angine cède facilement au traitement.

L'examen des urines, pratiqué le 2 février 1881, montre celles-ci chargées de mucus et riches en urates.

La liqueur de Tanret et la chaleur y décèlent la présence de l'albumine. Il a fallu 6 gouttes de liqueur de Tanret pour avoir, avec le bichlorure de mercure, la coloration jaune caractéristique. Les urines ne contiennent pas de sucre.

2 mars. Nouvel examen des urines. L'albumine a presque entièrement disparu. La liqueur de Tanret ne produit plus qu'un nuage imperceptible, alors que durant l'angine une seule goutte suffisait pour produire de gros flocons albumineux. Le malade, complètement rétabli, a repris ses occupations.

OBS. IX. — *Angine catarrhale. Albuminurie.*

Chabrol, âgé de 20 ans, ouvrier apprêteur, se présente à ma visite du 12 mars 1881, se plaignant de malaise général, inappétence, léger mouvement fébrile le soir, gêne de la déglutition. L'arrière-gorge, les piliers, les amygdales, la luette, sont rouges, tuméfiés, mais il n'existe aucune trace de fausses membranes. Les urines franchement acides donnent par l'acide nitrique un précipité abondant. La chaleur, la liqueur de Tanret produisent également un trouble uniforme, sans flocons albumineux.

Mardi 16 mars, L'angine a presque disparu, mais l'albumine persiste plus abondante qu'au dernier examen et se coagule en flocons rétractiles.

23 mars, La densité de l'urine a repris son taux normal. Il n'existe plus de trace d'albumine; l'ouvrier retourne à son travail.

(Cet homme n'a jamais eu de douleurs rhumatismales à aucune époque de sa vie.)

OBS. X. — *Angine catarrhale. Albuminurie.*

Marie Gautheron, tisseuse, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 11 mars 1881. Bonne santé habituelle bien qu'un peu lymphatique. *Pas d'antécédents diathésiques.* Depuis trois jours, cette jeune fille est atteinte d'une angine survenue sans cause appréciable. Léger mouvement fébrile, difficulté de la déglutition, douleur au niveau de la région lombaire.

Les amygdales sont tuméfiées ; les piliers, rouges, sans enduit pultacé.

L'urine précipite abondamment par l'acide nitrique et la liqueur de Tanret; pas de précipité par la chaleur, probablement à cause d'une impureté du tube d'essai. L'alcool absolu donne un coagulum très abondant qui ne peut être dû qu'à l'albumine.

Le 16 mars, l'urine ne contient plus de traces d'albumine, le malade demande son *exeat.*

OBS. XI. — *Angine catarrhale. Albuminurie.*

Claudine Duchamp, dévideuse, âgée de 18 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 15 janvier 1881, présentant de l'aménorrhée et des phénomènes hystériformes variés, sensation de boule, etc., etc. Jamais d'antécédents rhumatismaux.

15 février. Depuis trois jours, la malade est atteinte d'une extinction de voix et souffre de la gorge dans les mouvements de déglutition. Le pharynx est rouge ainsi que la luette et les amygdales, qui ne sont cependant pas tuméfiées.

Les urines, examinées par la chaleur et l'acide nitrique, contiennent une quantité notable d'albumine.

8 mars. — Amélioration de l'état local. Les urines ne contiennent plus d'albumine, la malade quitte l'hôpital.

On pourrait reprocher à ces observations bien des lacunes, telles que : un dosage exact de l'albumine, la mention de la densité, du chiffre de la masse totale des urines dans les vingt-quatre heures, de leur réaction, le dosage de la globuline et de la sérine, etc.

Ces recherches seront complétées ultérieurement. D'ailleurs, en recueillant ces faits, que nous n'avions pas songé à publier tout d'abord, nous n'avons eu d'autre préoccupation que celle de constater la présence de l'albumine, et cela au moyen du contrôle de cinq ou six réactifs différents. Rien n'a été négligé pour nous assurer de la nature du précipité, pas même l'examen après dessiccation. Nous avons laissé de côté les cas douteux, pour ne considérer comme albumineuses que les urines donnant un précipité évident et pouvant contenir approximativement de 1 à 5 grammes d'albumine par litre.

La coïncidence de l'angine avec le rhumatisme ou la diathèse rhumatismale, l'intermittence de l'albuminurie, la forme de l'angine, l'examen minutieux du malade au point de vue des antécédents, des sources de contagion possibles, des signes propres aux fièvres éruptives, démontrent suffisamment que ces albuminuries n'ont rien de commun avec la scarlatine fruste.

Il nous paraît donc ressortir clairement de ces faits, que l'angine rhumatismale se complique fréquemment d'une albuminurie le plus souvent passagère, quelquefois plus tenace — comme dans l'observation I, — mais toujours susceptible de récidiver avec l'angine. Il est plus difficile d'interprêter les observations d'albuminurie liées à l'angine catarrhale et à l'angine phlegmoneuse, ainsi que l'a signalé Kannemberg. Ces deux formes d'angine peuvent s'observer, il est vrai, dans le cours du rhumatisme ou simplement chez des rhumatisants; mais cette seule coïncidence peut-elle nous autoriser à mettre l'albuminurie sur le compte du rhumatisme toutes les fois qu'elle complique une angine phlegmoneuse ou rhumatismale? En d'autres termes, l'existence de l'albuminurie, constatée sur un malade affecté d'une angine quelconque, suffit-elle pour nous permettre d'affirmer la nature diathésique de l'angine et caractériser son origine rhumatismale? Si simple et si séduisante que soit cette formule, il nous répugne de l'admettre, pour le moment du moins, et nous croyons devoir réserver notre opinion à cet égard.

Du reste, ne peut-on pas invoquer dans l'espèce un état catarrhal de l'épithélium des tubuli, qui participeraient ainsi de l'impression générale des muqueuses ?

Nous ne serions en outre pas éloigné de croire à l'influence saisonnière, faisant

ainsi la part de la constitution médicale que nous savons capable d'imprimer une physionomie tout à fait différente à des maladies de même nature, sévissant épidémiquement à quelques années de distance.

En effet, depuis que notre attention a été attirée sur ce point, nous n'avons jamais vu aussi fréquemment que cette année l'albuminurie s'ajouter à titre de complication à divers états morbides. Cela est si vrai que depuis le commencement de l'influence vernale, nous avons observé trois cas de néphrite catarrhale idiopathique, deux faits de néphrite scarlatineuse ayant amené la mort.

Une albuminurie primitive suivie de mort au quatrième jour et un typhique.

Une urémie mortelle chez une diabétique.

Deux albuminuries très abondantes chez des femmes, au huitième mois de la grossesse.

Enfin, douze ou quinze faits d'albuminurie compliquant diverses variétés d'angine.

J'excepte, bien entendu, de cette énumération les néphrites cardiaques.

On ne peut songer à mettre ces sortes d'albuminuries sur le compte de l'hyperthermie, agissant sur les éléments du rein; attendu que, si parfois l'angine s'accompagne d'une réaction fébrile très intense, nous avons observé, par contre, bien des cas d'amygdalites suivis d'albuminurie sans élévation notable de la température. Un médecin allemand, Kannenberg, que nous avons cité précédemment, ne craint pas d'affirmer que ces albuminuries transitoires ne sont autres que des néphrites d'élimination, le trouble de la sécrétion urinaire étant le fait de l'irritation des éléments du rein par le passage dans l'urine d'une certaine quantité de micrococci et de bactéries contenues dans le sang. Cette théorie parasitaire plus spécialement applicable aux albuminuries des maladies infectieuses serait volontiers généralisée par l'auteur à la plupart des albuminuries compliquant les maladies aiguës (Kannenberg, *Zeisschrift für Kl. med.*, 1880, p, 511).

Je ne saurai mieux faire que de rapporter en entier la portion du mémoire de Kannenberg qui a trait à l'albuminurie des angines.

Après avoir parlé de la néphrite parasitaire de certaines pneumonies; l'auteur s'exprime en ces termes :

« On sait que très fréquemment une néphrite aiguë complique toutes les affections aiguës des tonsilles. Cette néphrite est très analogue à celle des maladies infectieuses. Depuis le commencement de cet année j'ai vu trois cas de ce genre, et, dans les trois, j'ai pu démontrer l'existence de microcci dans les cylindres, dans les cellules épithéliales et en liberté dans l'urine. Dans le premier cas, il s'agissait d'un gonflement érysipélateux des tonsilles et du pharynx. Le malade fut admis au septième jour de sa maladie; sa température, le soir, était à 40,5. Le lendemain matin, l'urine de douze heures avait les caractères suivants :

Quantité.	100cc
Densité	1028

Couleur rouge sombre, louche, beaucoup d'éléments figurés; savoir :

1° Cylindres hyalins recouverts, un de cellules épithéliales colorées en jaune, un de globules rouges, un de fines granulations résistant à la potasse caustique;

2° Cellules épithéliales et globules rouges libres;

3° Micrococci fins, arrondis et en biscuits.

La proportion d'albumine renfermée dans l'urine est très faible. Le lendemain soir, la température était tombée au chiffre normal; en même temps, l'urine était plus abondante, claire, et les éléments figurés moins nombreux. Le douzième jour, ils manquaient absolument et l'urine ne renfermait plus d'albumine.

Les deux autres cas étaient des cas d'abcès de l'amygdale. La néphrite se développa chez l'autre le quatrième jour, sans élévation de température. Les éléments figurés et l'urine étaient les mêmes que dans mon premier cas.

Ces faits me permettent de conclure que, dans les maladies infectieuses, ce n'est pas l'élévation de la température qui amène la néphrite. Que les agents qui la pro-

duisent soient de nature chimique, cela est supportable dans le cas d'abcès tonsillaire, cela l'est moins s'il s'agit du typhus, de la scarlatine, etc. La présence constante de micrococi dans tous les cas, fait supposer que leur passage à travers les parois des tubes rénaux irrite leur revêtement épithélial.

La néphrite, dans les deux cas d'abcès tonsillaire, évolua plus lentement, mais aboutit finalemcnt à la guérison ; elle s'amenda au moment de l'ouverture de l'abcès et disparut, dans un cas après huit jours, dans l'autre cas après douze jours. » (p. 511) (1).

Nous avons cherché à vérifier ces faits, en prenant les précautions indiquées par M. le professeur Bouchard (recueillir l'urine par la sonde préalablement phéniquée et passée à la flamme, après avoir lavé les organes génitaux du malade avec une solution phéniquée). Nos observations n'ont malheureusement porté que sur trois cas. Chez une jeune fille atteinte d'angine rhumatismale et d'albuminurie, nous avons effectivement observé dans les urines une quantité *considérable* de micrococci dont l'élimination nous a paru coïncider avec le maximum de la température (obs. VI).

Le lendemain et les jours suivants, il nous a été impossible de retrouver les mêmes microbes qui avaient absolument disparu. Chez une femme atteinte de la même affection, mais à un degré plus léger, nous n'avons pas constaté de bactéries; enfin, sur une femme âgée de 40 ans, présentant les symptômes du mal de Bright dont la nature a été confirmée par l'autopsie, nous avons constaté pendant les quelques jours qui ont précédé la mort une quantité très considérable de spores, de micrococci et de bactéries. D'après ce petit nombre de faits, il nous est donc impossible de porter un jugement définitif sur la théorie parasitaire de l'albuminurie des angines (2). Nous nous proposons néanmoins de compléter cette étude par des observations ultérieures.

Notons encore en terminant que, dans le cours de ces néphrites transitoires, le dosage comparatif de deux espèces d'albumine nous a constamment fourni une proportion plus considérable de globuline que de sérine. Nous n'avons fait que deux dosages *rigoureusement exacts*, qui ont confirmé une série de faits plus sommairement observés.

Nous ne nous arrêterons pas plus longuement à ces considérations pathogéniques, n'ayant pour le moment d'autre but que celui d'attirer l'attention sur un fait clinique qui passe trop souvent inaperçu.

En présence d'une angine, rhumatismale ou indemne de toute origine diathésique, il est donc pour nous de la plus haute importance d'examiner les urines au point de vue de l'albuminurie, de façon à pouvoir, en temps opportun, instituer un traitement approprié, si le symptôme persiste après la guérison de l'angine. On évitera ainsi la chance de laisser dégénérer un trouble fonctionnel, dont il est facile d'avoir raison, en lésion matérielle du rein le plus souvent irremédiable.

Cette faute est d'autant plus facile à commettre que la marche de cette albuminurie est ordinairement latente, insidieuse, et peut progresser lentement et d'autant plus sûrement qu'elle n'éveille l'attention par d'autres signes appréciables que des malaises vagues, indéterminés qu'il est impossible de rapporter à leur véritable origine si l'on néglige l'examen urologique.

Dans les albuminuries d'origine rhumatismale, le salicylate nous a semblé influencer heureusement la complication rénale en même temps que la diathèse,

(1) Leyden dit encore à ce propos : « Je dois insister sur ce fait que la néphrite peut survenir après l'angine simple, de même que la paralysie peut survenir après une angine non diphthéritique. » (*Zeitschrift für Klinik med.*) Nous devons ces deux notes à l'obligeance de M. le professeur Lépine (mai 1881).

(2) Sur le rein d'un homme ayant succombé à une pneumonie *primitive*, s'accompagnant d'albuminurie secondaire, nous avons été à même de constater des lésions histologiques analogues à celle de la néphrite scarlatineuse, et plus encore, aux altérations du rein récemment décrites par M. le professeur Renaut dans la néphrite typhoïde.

mais nous ne saurions être très affirmatif sur ce point. Nous avons eu recours à la diète lactée, aux diurétiques légers, tels que les eaux du massif des Vosges.

Nous avons également obtenu de bons effets du jaborandi, des pilules de tannin ou d'ergotine associés à l'extrait de quina, et enfin, dans le cas le plus rebelle, la cautérisation ponctuée de la région lombaire nous a paru très efficace.

BIBLIOTHÈQUE

Nouveaux éléments de pathologie générale, par E. Bouchut, 4e édition. Paris, J.-B. Baillière et fils; 1882.

Le livre que M. le docteur Bouchut a consacré à la pathologie générale est trop connu des médecins pour que nous cherchions à en donner une analyse complète. Notre but est seulement de signaler l'apparition d'une quatrième édition de cet ouvrage, et de montrer ainsi la faveur qui s'est attachée à lui. Ce traité, que de nombreuses et patientes recherches, dit l'auteur, ont renouvelé, afin de le mettre au courant des progrès de la science la plus récente, expose quels sont, d'après M. Bouchut, les véritables principes de la philosophie médicale, et cherche à répandre parmi les médecins certaines vérités générales et traditionnelles de leur science qu'une étude par trop minutieuse des détails de l'organisation pourrait leur faire oublier.

« Commencer l'étude de la médecine, dit M. Bouchut, sans connaître les principes généraux de la science et sans les avoir approfondis, ne peut mener qu'à l'erreur. Autant vaudrait s'embarquer sans boussole pour faire le tour du monde... » Ces principes généraux, il les exprime dans le passage suivant : « Egalement éloigné du matérialisme systématique et du spiritualisme exagéré, qui ne voient dans l'homme que la matière mue par ses propriétés, ou qu'un esprit dont on ignore les liens avec le corps; résolu de faire la part de la matière et des forces qui l'animent, ne croyant pas que la vie soit un résultat, et la considérant en effet comme un agent combiné aux organes et distinct des propriétés du tissu vivant, j'ai voulu montrer cette alliance et ses effets dans l'origine, le développement et la fin des maladies. »

On peut critiquer, dans cette sorte de profession de foi, la manière dont l'auteur définit les divers systèmes philosophiques, et ne pas se rallier sans réserves à la forme particulière d'éclectisme qu'il a choisie; mais ces idées générales, pour avoir présidé à l'œuvre de M. Bouchut, n'en forment pas moins la minime partie de son livre, et sont pour ainsi dire le côté pratiquement accessoire de cette importante publication.

« Bien que la pathologie générale ne soit pas susceptible de changer aussi complètement que la pathologie spéciale, les mouvements progressifs de nos recherches médicales agissent également sur elle, en y introduisant de nouvelles idées qui modifient un peu les principes qui lui servent de base. Tels ont été les effets de la découverte de la nature des miasmes, des virus et des germes animés de la plupart des maladies contagieuses, découverte qui bouleverse les idées qu'on se fait de la nature des fièvres, et qui tend à les faire considérer comme des affections parasitaires. » Ainsi parle l'auteur pour nous expliquer que, sans rien changer aux bases essentielles de son livre, il a fait disparaître de cette édition récente tout ce que le progrès a condamné pour le remplacer par l'exposé des conquêtes nouvelles de la science.

On se figure à peine la quantité immense de matériaux qu'il faut réunir pour composer un traité complet de pathologie générale, et la somme d'idées remuées, de questions soulevées dans un gros volume d'un millier de pages, comme celui-ci. On doit savoir gré à M. Bouchut du soin qu'il a mis à ne pas laisser tomber dans l'oubli le résultat de tant de labeurs, et à tenir au courant des recherches modernes un ouvrage qui tient une place honorable à côté de son *Traité des maladies des enfants.*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Davaine, dont le nom est indissolublement lié à l'histoire de la découverte de la bactéridie charbonneuse et des progrès dont cette découverte a été l'origine, sous la vigoureuse impulsion de M. Pasteur.

Par une disposition expresse de M. Davaine, aucun discours n'a été prononcé à ses obsèques.

M. de Villiers présente, au nom de M. le docteur A. Zinnis, professeur à l'Université d'Athènes, une brochure intitulée : *Du rôle de la dentition dans la pathologie enfantine.*

M. Léon Le Fort offre en hommage une brochure intitulée : *Le germe ferment et le germe contage*; leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en mai 1882.

—

M. Potain, candidat pour la section de pathologie interne, lit un travail intitulé : de l'*œdème rhumatismal et du pseudo-lipome sus-claviculaire.*

M. Potain rappelle d'abord que M. Verneuil a inséré, au mois de mars dernier, un article dans la *Gazette hebdomadaire* sur le *pseudo lipome sus-claviculaire.* Cette affection est caractérisée par une saillie qui transforme la dépression habituelle à cette place en une convexité dont le relief peut s'élever de deux et même trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines. Cette saillie est comprise dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien. Elle est sans changement de couleur à la peau, n'est ni dure, ni fluctuante, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt. Elle est élastique, non douloureuse à la palpation.

Ce que M. Potain a observé de son côté est absolument d'accord avec la description donnée par M. Verneuil. Il fait remarquer tout d'abord que la saillie un peu exagérée des régions sus-claviculaires est chose relativement fréquente chez les sujets quelque peu obèses, où elle est en quelque sorte normale.

En dehors de ces conditions particulières, M. Potain a rencontré dans ces trois dernières années, et recueilli vingt cas de ce genre, tant en ville qu'à l'hôpital. Quatre seulement de ses observations portent sur des hommes.

Presque tous les malades, comme ceux de M. Verneuil, étaient des rhumatisants, et présentaient des manifestations évidentes de leur diathèse ; tantôt douleurs vagues, mobiles, à retour fréquent, soit au niveau des jointures, soit dans les masses musculaires ou sur le trajet des nerfs ; tantôt douleurs fixées sur certaines jointures ; tantôt craquements très fins ou très rudes, sans douleur, pendant les mouvements. Chez la plupart, il existait une tuméfaction chronique ou douloureuse d'une ou de plusieurs articulations, notamment des genoux, des poignets, des doigts et même des articulations tibio-tarsiennes. Très souvent quelques-uns des doigts présentaient ce renflement des têtes phalangiennes indiquant un premier degré du rhumatisme chronique. Les urines de plusieurs malades offraient une tendance marquée à la formation de dépôts uriques ou même de gravelle véritable.

Il y a donc une tendance très marquée du pseudo-lipome de s'associer à diverses manifestations du rhumatisme, plus particulièrement du rhumatisme chronique.

Trois des malades observés par M. Potain étaient diabétiques ; un avait une affection athéromateuse de l'aorte, un autre un de ces prurits excessifs si fréquents chez les arthritiques. Enfin, chez bon nombre de ces malades, il existait un état anormal du système nerveux, tantôt sous la forme d'excitabilité vague, tantôt sous celle de l'hypochondrie, formes que l'on observe souvent chez les arthritiques.

Toutes les fois, très rarement il est vrai, qu'il a été possible à M. Potain de trouver la trace de l'arthritisme, parmi les ascendances de ces malades, c'est dans la lignée maternelle qu'il a pu les rencontrer.

Plus d'une fois la maladie est survenue quelque temps après la ménopause, ou a été précédée par des émotions et des chagrins. Mais, ce qui est certain, c'est qu'on ne trouve guère cette anomalie que chez des sujets doués d'un certain embonpoint.

Le lipome sus-claviculaire déborde parfois la région qui lui a été assignée et envahit les parties voisines ; d'autre part des tuméfactions de même aspect, de même consistance, se montrent très souvent en même temps qu'elles sur d'autres points : sur les côtés du tendon rotulien, du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, ou plus exceptionnellement au-dessous des bosses occipitales, dans les régions temporales, parotidiennes, sous-maxillaires, deltoïdiennes, enfin dans la plupart des points où un tissu cellulaire lâche et habituellement graisseux, semble plus susceptible de surcharge de graisse ou de sérosité. Très fréquemment on remarque chez les individus affectés d'arthritisme chronique et assez souvent en même temps qu'un certain degré de tuméfaction pseudo-lipomateux de la région sus-claviculaire, une sorte de boursoufflure du dos des mains prédominant singulièrement au niveau des espaces étroits qui séparent les articulations métacarpo-phalangiennes et formant là de petites éminences entre lesquelles la peau déprimée au niveau des têtes des métacarpiens constitue de petites fossettes tenues pour gracieuses sur une jolie main. La main à fossettes est presque toujours une main d'arthritique et appartient plus spécialement à l'arthritisme féminin.

Un certain nombre des malades chez lesquels on constate les pseudo-lipomes, ont en même temps de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, sans aucune de ses causes communément admises ; sans présenter ni maladies, ni faiblesse du cœur, ni gêne appréciable de la circu-

lation pulmonaire, ni obstacle quelconque à la circulation veineuse périphérique, ni trace d'albuminurie, ni ombre d'état cachectique. Chez huit de ses malades, M. Potain a constaté un œdème manifeste; tantôt il était peu marqué, limité au bas des jambes, ou bien étendu à toute leur longueur et facile à constater par la dépression classique que le doigt produisait au devant du tibia; d'autres fois il était diversement distribué et de siège variable.

Cet œdème arthritique n'est point d'ailleurs un fait étrange, isolé, ou qui se présente exclusivement dans les circonstances ci-dessus indiquées. En dehors et en l'absence du pseudo-lipome on rencontre assez souvent, chez les rhumatisants, un œdème qui n'a évidemment d'autre cause que la diathèse rhumatismale elle-même.

L'œdème qui se produit dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou chronique, et que l'on rencontre sous une forme pseudo-inflammatoire, en dehors de toute manifestation articulaire, peut se rencontrer aussi chez les gens en puissance de la diathèse rhumatismale, sous une forme absolument froide et tout à fait analogue à l'anasarque des maladies du cœur, de l'albuminurie et à celui que l'impression du froid peut faire naître en dehors de toute participation des reins, l'anasarque *à frigore*.

En résumé, il peut se produire dans le cours du rhumatisme chronique, comme dans celui du rhumatisme aigu ou subaigu, une sorte d'œdème analogue à celui qui a été appelé essentiel; cet œdème se rencontre surtout dans les formes mobiles et vagues du rhumatisme chronique, dans celles où les perturbations du système nerveux semblent avoir une part prédominante; il peut atteindre des proportions considérables, une assez grande fixité et, faute d'en connaître la possibilité et d'en établir le diagnostic par élimination suffisamment attentive, il pourrait être la cause d'erreurs fâcheuses ou d'inquiétudes très sérieuses et non justifiées.

En rapprochant ce qui vient d'être dit, au sujet de l'œdème rhumatismal chronique, des différentes formes du pseudo-lipome, il semble à M. Potain que l'on ne peut guère se refuser à voir dans ces différentes manifestations morbides des affections de même famille, différant par le siège et non par leur nature. Sans doute, quand le pseudo-lipome a vieilli, il se peut que la prolifération du tissu cellulaire graisseux y tienne une notable place, mais M. Potain est bien tenté de croire que cette prolifération n'a été provoquée que par le travail fluxionnaire même d'où l'œdème est résulté.

Le travail de M. Potain est renvoyé à l'examen de la section de pathologie interne, constituée en commission d'élection.

—

M. Guéniot a la parole pour la continuation de la discussion sur l'allaitement artificiel. L'heure avancée empêche l'orateur de terminer son discours; il le continuera dans la prochaine séance. — Nous le résumerons dans notre prochain compte rendu.

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Etiologie des fièvres palustres, par le docteur Sternberg. — Dans les marais des environs de la Nouvelle-Orléans et dans les gouttières des maisons de la ville, on trouve un grand nombre d'algues microscopiques. Cultivées dans le liquide et suivant la méthode de Klebs, plusieurs variétés d'entre elles donnent au liquide de culture des propriétés virulentes. Ces micro-organismes inoculés à des chiens se développent dans le sang, la sérosité du tissu cellulaire, la rate. Ils font acquérir à ces liquides et à ces tissus des propriétés virulentes. On peut aussi observer leur multiplication dans la salive humaine.

Ces organismes recueillis dans les boues des marécages et des gouttières de la Nouvelle-Orléans sont identiques avec le Bacillus malariæ de Klebs et de Tommasi-Crudelli. Mais, il n'est pas démontré que ces organismes soient les agents infectieux qui produisent l'impaludisme chez l'homme. En effet, chez les chiens après l'inoculation, la marche de la température ne présente aucun des paroxysmes qu'on observe dans les fièvres palustres, et les modifications thermiques qu'on a signalées sont en rapport avec les variations de la température atmosphérique. De plus, les changements de volume de la rate des animaux inoculés sont les mêmes que ceux qui se produisent dans la septicémie par inoculation de salive humaine. Il en est de même des taches pigmentaires qui s'observent dans ces conditions. Par conséquent, ces faits ne suffisent pas pour établir la pathogénie de la malaria, et le seul argument en faveur de l'opinion de Klebs et de Tommasi-Crudelli serait la coïncidence entre l'existence de ces micro-organismes et celle de la malaria dans les pays où l'impaludisme est endémique. Mais cet argument topographique a besoin d'être confirmé par de nombreuses observations nouvelles.

D'ailleurs, la solution de ce problème physiologique pourrait être obtenue par une autre

méthode. En comparant les micro-organismes du tube digestif de malades atteints de la malaria avec ceux qu'on rencontre dans les voies digestives de l'homme sain, il serait possible de reconnaître des variations dans le nombre, les caractères spécifiques ou physiologiques de ces micro-organismes, variations en rapport sans doute avec leurs propriétés infectieuses. Dans cette autoinfection de l'individu, sous certaines influences, on trouverait une confirmation indirecte de la doctrine parasitaire de la malaria de Klebs et de Tommasi-Crudeli. (*The London medical Record*, p. 487, 15 décembre 1881.) — Ch. E.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA HAUTE-GARONNE.

Le 3 septembre dernier avait lieu, à Saint-Gaudens, la troisième réunion annuelle de l'Association des médecins de la Haute-Garonne, sous la présidence de M. le docteur Labéda. Parmi les questions à l'ordre du jour, les plus importantes au point de vue professionnel étaient : un cas de contestation par la Chancellerie des honoraires du médecin-expert et l'exercice de la médecine, pratiquée par un officier de santé, dans un département autre que le sien. Ces questions étaient dignes de l'attention de nos confrères, et il serait désirable de connaître les résolutions auxquelles elles ont donné lieu.

D'après la *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, à laquelle nous empruntons ces renseignements, cette séance s'est terminée par une allocution du sympathique président, le docteur Labéda, dans laquelle il a rappelé les services que le docteur Amédée Latour a rendus à la médecine française. L'espace dont nous disposons ne nous permet pas de reproduire ce discours. M. Labéda démontre une fois de plus la nécessité d'une entente entre les médecins pour la défense de leurs intérêts moraux et professionnels. « La Révolution, dit M. Labéda, « détruit sans retour les vieux cadres de la corporation médicale et nous pouvons nous en féli- « citer, mais elle a en même temps détruit, parmi nous, l'esprit de corps et nous devons, sans « nous arrêter davantage à des récriminations stériles, travailler à le ranimer, car c'est là « qu'est le salut. Pour notre part, nous nous associons à l'hommage rendu par l'Association médicale de la Haute-Garonne au rédacteur en chef de l'*Union médicale* « qui, par un labeur « de cinquante ans, a constamment bien mérité de la profession médicale. »

Ch. Eloy.

Bulletin des décès de la ville de Paris. —Semaine du 6 au 12 octobre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,174. — Fièvre typhoïde, 250. — Variole, 7. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 24. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 1. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 42. — Bronchites aiguës, 21. — Pneumonie, 51. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 61 ; au sein et mixte, 40; inconnus, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101 ; circulatoire, 76; respiratoire, 55; digestif, 40 ; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 3. — Après traumatisme, 6. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 41e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,203 naissances et 1,174 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 991, 932, 941, 1,018. Le chiffre de 1,174 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir une aggravation pour la Fièvre typhoïde (250 décès au lieu de 134 pendant la 40e semaine).

A l'égard des autres Affections épidémiques, il y a eu 7 décès par Variole (au lieu de 5), 3 par Rougeole (au lieu de 6), 24 Diphthérie (au lieu de 23), 1 par Érysipèle (au lieu de 5), 6 par Infection puerpérale (au lieu de 5).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions supérieur pour la Fièvre typhoïde (1,001 malades reçus du 2 au 8 octobre au lieu de 536 entrés pendant les 7 jours précédents); la Variole (19 au lieu de 12) et la Diphthérie (25 au lieu de 23).

L'épidémie de Fièvre typhoïde qui s'est déclarée à Paris, il y a deux mois, acquiert, chaque semaine, une intensité plus grande. Le nombre des victimes, de 57 pendant la 39e semaine, s'est élevé à 134 durant la 40e. Aujourd'hui notre bulletin en accuse 250. Les nombres des malades entrés dans les hôpitaux suivent une progression semblable: on a compté 213 admissions dans la 39e semaine; 536 dans la 40e; 1,001 dans la 41e.

Bien qu'aucun arrondissement ne jouisse d'une immunité absolue, il est incontestable que l'épidémie sévit surtout dans les quartiers situés au nord de Paris. Toutefois, pour apprécier exactement ce fait, il convient de tenir compte de la population respective de chaque quartier, car il n'est pas surprenant que le 18e arrondissement, où le nombre des habitants est considérable, paie un plus lourd tribut que le 16e qui possède une population beaucoup plus clairsemée. Le relevé que nous avons fait pour les 9 dernières semaines, c'est-à-dire en partant du jour où l'épidémie a commencé à se manifester, et qui est basé sur les chiffres des populations révélés par le recensement de 1881, fait connaître quelle est la part proportionnelle attribuée par l'épidémie à chacun des arrondissements de Paris.

Arrondissements.	Chiffre de la population.	Total des décès.	Mortalité par 10,000 habitants.
1er	75,390	24	3,18
2e	76,394	23	3, »
3e	94,254	28	2,97
4e	103,760	36	3,47
5e	114,444	39	3,41
6e	97,735	30	3,07
7e	83,327	45	5,40
8e	89,004	26	2,92
9e	122,896	29	2,36
10e	159,809	73	4,56
11e	209,246	81	3,87
12e	102,435	54	5,27
13e	91,315	24	2,63
14e	91,713	12	1,31
15e	100,679	36	3,58
16e	60,702	13	2,14
17e	143,187	54	3,77
18e	178,836	105	5,87
19e	117,885	84	7,12
20e	126,917	46	3,70
La ville entière	2,239,928	862	3,85

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Pommade d'Helmerich modifiée. — Hardy.

Soufre sublimé et lavé	50 grammes.
Sous-carbonate de potasse	25 —
Axonge	300 —

Mêlez. — Le galeux est d'abord frictionné au savon noir, pour bien nettoyer la peau, puis placé dans un bain tiède où il reste une heure. En sortant du bain, il est frictionné de nouveau sur tout le corps avec la pommade, qu'il doit conserver sur la peau pendant 4 ou 5 heures au moins, afin d'assurer la destruction des acares. Cela fait il reprend un bain. Pendant ce temps, ses vêtements sont exposés à l'air, lavés avec soin, passés au soufre, ou soumis dans une étuve à une température de 80 degrés, qui tue les animalcules et leurs œufs. — N. G.

COURRIER

Inondations en Italie. — M. le docteur Millot-Carpentier nous écrit: En ce moment (3 octobre), toute la Lombardie méridionale et les trois quarts de la Vénétie sont submergés. Une population de 150,000 habitants est ruinée complètement, et, ce qui est plus malheureux

encore, un nombre considérable de victimes ont péri dans l'inondation. Devant de tels désastres on sent que les peuples sont solidaires et que les questions d'humanité n'ont point de frontières. Nous avons donc la ferme confiance que notre pays contribuera par une souscription générale à l'atténuation d'une si grande calamité. Nous serons heureux, pour notre part, d'affirmer ainsi notre sympathie pour une nation à laquelle, nous voulons le croire, la France restera toujours chère.

— Une session d'examen pour l'admission des aspirantes élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté, aura lieu le lundi 23 octobre 1882, à neuf heures précises du matin. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 19 octobre, tous les jours, de midi à trois heures.

Nécrologie. — M. le docteur Étienne Drivon, qui fut un des praticiens les plus occupés du quartier populeux de la Guillotière, à Lyon, vient de succomber à l'âge de 76 ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Nous prenons part au deuil qui frappe nos deux confrères MM. les docteurs Charles et Jules Drivon, fils du regretté défunt, et les prions d'agréer en cette circonstance le témoignage de notre sympathie.

Concours de l'internat de Lyon. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination des élèves dont les noms suivent :

1° Rochet, 2° Devic, 3° Joubert, 4° Vallas, 5° Cuche, 6° Duzéa, 7° Perrusset, 8° Éraud, 9° Favre, 10° Laurent, 11° Chizat, 12° Garaud, 13° Porteret, 14° Assada.

Mœurs des abeilles. — M. Robertson écrit au *Scientific American* pour laver la réputation des abeilles d'une accusation qui pèse sur elles. On croit généralement qu'elles détruisent les raisins et autres fruits. M. Robertson a fait l'expérience suivante qu'il recommande aux incrédules : il a placé des grappes de raisin à portée d'une ruche ; pendant des journées entières il a pu constater qu'aucune abeille n'y avait touché. Il a ensuite fait une piqûre sur la moitié des grains de chaque grappe. Les abeilles sont venues aussitôt sucer jusqu'à épuisement les grains piqués, mais en respectant toujours scrupuleusement les autres. En un mot, ces insectes ne s'attaquent jamais qu'aux fruits déjà entamés par d'autres insectes, par des oiseaux, par la pourriture, etc. En sorte que M. Robertson est fondé à dire qu'en suçant un fruit malade et le transformant en miel, l'abeille nous rend un véritable service.

Puisque nous sommes sur ce sujet, mentionnons une communication de M. Vogel, de Munich, au *Humboldt*, sur l'identité des effets de la piqûre de l'ortie et de la piqûre d'abeille ou de guêpe. Cette identité s'explique par ce fait qu'il existe, dans l'aiguillon de l'animal comme dans l'épine de la plante, de l'acide formique. Chez les abeilles, l'acide formique sert non-seulement pour l'offensive, mais pour préserver le miel de la fermentation. Il en résulte, d'après Holtz, cette conséquence assez bizarre qu'il y a intérêt à avoir un essaim qui ait « mauvais caractère » : chaque fois, en effet, que l'abeille se fâche, elle laisse tomber une goutte d'acide formique dans son miel, ce qui le rend plus savoureux et moins corruptible. (*Revue scientifique.*)

Hôpital Beaujon. — Le docteur Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 24 octobre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants.

Maladies des Yeux et des Oreilles. — Cours public, 53, rue Saint-André-des-Arts, Lundi et Vendredi, à 2 heures.

M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours élémentaire et complet d'ophthalmologie, à sa clinique, le lundi 30 octobre, à 2 heures.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUATRE OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE, SUIVIES DE TROIS GUÉRISONS ET D'UNE MORT,

Par le docteur MILLOT-CARPENTIER, de Montécouvez (Nord).

On se fait encore une idée fausse des dangers attachés à l'ablation des tumeurs de la cavité abdominale, quoique, sur ce point, la statistique soit bien faite pour encourager les chirurgiens et pour calmer les appréhensions des plus timorés. Ainsi Kœberlé, sur cent opérations de 1862 à 1869 guérit 71 malades; Spencer Wels, sur cinq cents opérations, obtient une moyenne de 75 p. 100 de succès; Péan, sur cent quatre-vingt-onze ovariotomies, ne compte que quarante-quatre décès, soit 80 p. 100 environ de réussite! Y a-t-il une opération chirurgicale de la gravité de l'ovariotomie qui ait jamais atteint ce chiffre?

Si l'on tient compte maintenant du progrès accompli depuis quelques années dans la façon de traiter les plaies, on doit reconnaître que la chirurgie, malgré ses témérités, a réduit à sa plus simple expression le chiffre de la mortalité; ce qui doit être un puissant encouragement pour le chirurgien de campagne surtout, qui peut avoir foi en son art et compter sur ses propres ressources.

Nous avons pratiqué quatre fois l'extirpation de tumeurs de la cavité abdominale dans l'année 1881, c'est le résumé de ces opérations que nous publions aujourd'hui, le compte rendu détaillé ayant déjà paru dans les Bulletins de la Société de chirurgie.

OBS. I. — *Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Guérison.*

Une tisseuse de Beaurevoir (Aisne), la nommée Philomène N..., âgée de 28 ans, portait depuis sept ans un énorme kyste ovarique; ne pouvant plus résister à la gêne apportée

FEUILLETON

CAUSERIES.

Croyez-vous à l'influence positive des Congrès sur la médecine et les autres sciences? S'il fallait s'en rapporter à l'exemple des autres Congrès, les premiers inventés, ceux où l'on règle les destinées des peuples, il est certain que la plus grande incrédulité serait permise à l'égard de ce genre d'institutions. Quant aux Congrès scientifiques, il n'est pas absolument prouvé qu'ils soient un instrument infaillible de progrès. Pensez-vous que ce soit ainsi à heure fixe, et dans un rendez-vous solennel, que l'on ait la certitude de faire avancer la science, du dix au quinze septembre, et de midi à deux heures? Je croirais plus volontiers que la science progresse en raison de sa vitalité propre, selon les temps et les lieux, au hasard des acquisitions et des impulsions qui ne sauraient lui venir sur commande. La science est en voie de conquêtes, lorsque le génie d'un Pasteur lui ouvre une large tranchée dans des terrains encore incultes ou à peine entamés. Le science s'enrichit quand l'esprit clairvoyant d'un Bouillaud découvre et affirme la loi de coïncidence de la diathèse rhumatismale avec les maladies du cœur. La science se consolide encore qnand le sens pratique et minutieux d'un Lister la met en possession de ce savoir-faire chirurgical, à qui se doit le salut de tant d'existences.

Pour l'avènement de ces impérissables découvertes, il est certain que nul Congrès n'a été en cause, et il est plus que douteux qu'ils contribuent jamais à une marche en avant, faite d'aussi grands pas. De deux choses l'une : ou bien les Congrès se réunissent en vue d'un programme fixé longtemps à l'avance; ou bien ils forment l'auditoire fortuit de toutes les com-

par le poids énorme de son ventre, elle se décide, en 1879, à se faire ponctionner par M. le docteur Desprès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, qui lui fait en outre une injection iodée mais sans obtenir de résultat satisfaisant.

Le 3 avril 1881, avec l'aide de nos confrères, MM. Ramette, Divry, Hardy et Lenoir, nous pratiquons l'opération par le procédé classique : incision du pubis à l'ombilic couche par couche, décollement de quelques adhérences avec la main, ponction de la tumeur. Un liquide de couleur brunâtre s'écoule d'abord avec facilité par le gros trocart de Nélaton, mais peu à peu le jet diminue de force et cesse tout à coup par l'obstruction de la canule. Des caillots fibrineux avaient été entraînés par le liquide; nous avons dû, devant leur nombre, faire une large incision au kyste et les extraire à la main; l'injection iodée faite quelques mois avant explique très bien la formation de ces coagulums.

Le kyste vidé, nous l'attirons au dehors et enserrons son pédicule entre deux fortes ligatures que nous prenons soin de placer au milieu des tissus, au moyen d'une aiguille armée d'un gros fil de soie phéniquée. La section faite, il ne nous reste plus qu'à faire la toilette du péritoine, et à rentrer le pédicule dans la cavité abdominale où nous l'abandonnons simplement.

Les sutures des parois tégumentaires sont faites à la soie phéniquée, un pansement à l'eau phéniquée, recouvert d'une couche de collodion, et sur le tout un coussin épais de ouate maintenu par un bandage de corps, termine l'opération.

La température vaginale prise matin et soir n'a pas dépassé 39°2; elle a marqué 35° aussitôt après l'enlèvement du kyste; le pouls s'est maintenu entre 120 et 116 les dix premiers jours, puis tout est rentré dans l'ordre.

Le cathétérisme n'a dû être pratiqué que pendant quarante-huit heures.

En somme, six pansements ont suffi pour amener une cicatrisation complète; le premier a eu lieu dix jours après l'opération, les autres à trois ou quatre jours d'intervalle. Tout aurait donc marché à souhait si la malade n'avait été prise d'entérite compliquée de muguet, de diarrhée, etc. Néanmoins elle se rétablit complètement en moins d'un mois.

Les règles revinrent quatre semaines après leur dernière apparition; elles n'ont pas cessé depuis lors de se montrer à leur époque habituelle.

Obs. II. — *Kyste multiloculaire compliqué d'un fibrome utérin. Extirpation du kyste suivie de l'amputation du corps de l'utérus. Guérison.*

A la même époque où notre première opérée achevait sa guérison, une jeune fille de Lesdain (Nord), M[lle] Aglaé P..., âgée de 22 ans, venait nous consulter pour le développement insolite que sa taille avait prise depuis trois ans. Les menstrues étaient irrégulières et très abondantes par moment; à une époque même, au début, elles avaient cessé complètement pour reparaître plus tard.

---

munications préparées ou improvisées par leurs adhérents. Dans la première hypothèse, les vastes questions que se posent nos Congrès sont peu susceptibles d'une solution à un moment précis; les chercheurs qui s'attachent à quelque point déterminé de leur spécialité pourront faire la lumière, plus ou moins rapide, plus ou moins complète, et ce qu'ils auront trouvé et résolu, point ne sera besoin d'un Congrès pour qu'ils le fassent connaître et le répandent. D'ailleurs, vous aurez beau formuler les questions les plus séduisantes pour un Congrès futur, ceux qui s'occupaient déjà de ces questions les auraient poursuivies quand même; ceux qui s'occupaient d'autre chose ne changeront pas pour cela la direction de leurs études. Si j'ai une prédilection spéciale pour l'ataxie locomotrice et les maladies de la moelle, il n'y aura pas de Congrès qui me fasse quitter le chemin commencé pour me vouer à l'étude du meilleur système de vidanges ou des causes de la pellagre. Dans le second cas, celui des Congrès sans programme, on sait le nombre et la disparité des sujets qui se traitent ou s'effleurent dans ces assises, dont le compte rendu n'est plus qu'un vaste recueil des élucubrations les plus bariolées.

Si je témoigne de quelque dureté à l'égard des Congrès, c'est que je les crois capables de nous entretenir dans des illusions fâcheuses sur la puissance de nos efforts et la réalité de notre niveau scientifique. Nous accordons volontiers une importance exagérée à tout ce qui s'élabore ainsi dans des circonstances solennelles, avec le prestige d'un grand concours d'assistants, d'un local somptueux, d'une mise en scène un peu théâtrale, et la viabilité du produit de la conception n'est pas toujours en rapport avec tous les préparatifs disposés pour l'accouchement. Vous m'accorderez que plusieurs, parmi les membres d'un Congrès, ne sont pas éloignés de se figurer qu'ils assistent à un concile, et qu'ils vont mettre toute la médecine en dogmes. Je me souviens, dans une de ces réunions, d'avoir entendu voter le principe de

L'examen attentif de cette malade nous permet de reconnaître, par le toucher vaginal uni à la palpation, qu'il s'agissait d'une tumeur liquide, vraisemblablement un kyste ovarique. Le toucher rectal nous fait constater, en outre, dans l'intérieur de ce kyste, la présence de plusieurs corps durs flottant en liberté. Ces corps étrangers, que le doigt déplace facilement, avaient une forme arrondie; l'un d'eux nous parut avoir la configuration d'une tête fœtale. Nous étions bien perplexe et pensions, tout nous permettait de le supposer, qu'il s'agissait peut-être là de débris fœtaux enkystés, provenant d'une grossesse extra-utérine. Que fallait-il faire ? La malade était dans un état d'anémie des plus graves, elle ne pouvait se livrer à aucune espèce de travail utile, elle souffrait énormément et réclamait comme une grâce notre intervention avec toutes ses conséquences.

Nous crûmes cependant, avant d'intervenir, devoir prendre l'avis de nos honorables confrères, les docteurs Divry et Ramette, qui pensèrent qu'il n'y avait pas lieu de différer plus longtemps l'opération. Le médecin de la famille, M. Tallfer, se joignit à nous et nous pratiquâmes cette grave ovariotomie le 19 avril 1881.

La malade étant chloroformisée et toutes les précautions listériennes prises, nous faisons au milieu de la vapeur phéniquée l'ablation de la tumeur, en accomplissant les différents temps classiques de l'opération.

Un grand nombre d'adhérences existait; elles durent être rompues soit avec la main, soit avec des ciseaux, entre deux ligatures. La masse de la tumeur put enfin être amenée au dehors, non sans de très sérieuses difficultés et malgré les ponctions de différents kystes et le morcellement des parois; on ne s'étonnera pas de ces difficultés quand on saura que cette masse dépassait le poids de 40 livres!

L'examen de la pièce anatomique nous montre qu'elle est formée d'une enveloppe très épaisse qui renferme dans son intérieur une dizaine de kystes plus petits, à parois également très dures, depuis le volume d'une orange jusqu'à celui d'une noix. Ce sont ces tumeurs, dont le pédicule est allongé, que nous avons pu déplacer par le toucher rectal et sur la nature desquelles notre investigation s'est un moment égarée.

L'utérus offrait un développement anormal; il était atteint d'un fibrome interstitiel; nou avons pensé qu'il y avait lieu d'amputer cet organe, afin d'éviter plus tard le retour des hémorrhagies dont notre cliente avait eu tant de fois à se plaindre. Cette amputation fut faite par la ligature extemporanée entre deux liens, l'organe ayant été, au préalable, traversé par les fils constricteurs.

Les pédicules des tumeurs ovariques et de l'utérus furent ensuite abandonnés dans le bassin bien nettoyé; enfin on termina par les sutures des parois abdominales. Un Lister fut appliqué dans toute sa rigueur et la malade replacée dans son lit, dans la position habituelle des opérées d'ovariotomie.

Pendant les huit premiers jours, on dut pratiquer le cathétérisme.

---

l'obligation de la vaccine, et à en croire tel membre du bureau qui s'était fait remarquer dans la discussion par le pathétique de ses arguments, la chose aurait eu force de loi sur l'heure, ou le lendemain au plus tard. Ce vœu, comme tant d'autres, a été déposé honorablement dans les archives des Congrès, et je n'ai pas besoin de vous apprendre la signification de cette formule académique, qui a déjà enterré tout un monde de mémoires adressés aux Sociétés savantes. Pour se réunir en Congrès, il ne s'ensuit donc pas forcément que l'on doive faire des merveilles, ni élucider tout d'un coup la grosse part d'inconnu, que chacun de nous s'efforce de diminuer de son mieux. La qualité de la besogne faite n'est pas toujours en raison du nombre de ceux qui travaillent ensemble; voyez plutôt.....

Il faut reconnaître que parmi ces congrès, tant prodigués, il y a des exceptions; elles ont d'abord l'avantage inappréciable de confirmer la règle, ce qui assure, jusqu'à la fin des siècles, une destinée heureuse aux exceptions en toute chose. Elles sont ensuite fort agréables à constater, puisqu'elles font ressortir le zèle et le succès des confrères, ou des savants en général, qui se dévouent et se multiplient pour l'organisation des congrès, ce qui n'est pas une petite affaire, tant s'en faut.

Une exception ancienne, ce fut le Congrès médical de 1845, d'où est sortie, si je ne me trompe, l'Association générale des médecins de France; de celui-là on ne peut pas dire qu'il a été inutile. Plus près de nous et tout récemment, le Congrès d'hygiène de Genève a eu vraiment du bonheur, tant par le choix heureux des questions que par l'intérêt des communications qu'elles ont provoquées. Cette réunion-là aura donc fourni quelque chose de plus qu'une occasion de se rencontrer, entre confrères de pays éloignés, et de visiter dans d'agréables conditions une des plus belles villes de l'Europe. Ce voyage de vacances a certainement récompensé à tous les points de vue ceux qui ont pu s'en donner la satisfaction.

La température, durant cette période, ne s'est pas élevée au-dessus de 38°6; le pouls est resté à 120.

Le premier pansement a lieu huit jours après l'opération; il nous permet de détacher quelques sutures. Après de nombreuses péripéties et bien des complications telles que vomissements, diarrhée, coliques, de l'entérite, tout comme chez notre première opérée, ce que nous avons attribué en partie à l'usage de l'acide phénique employé constamment pour nettoyer et assainir le lit et l'appartement, etc., notre malade finit par prendre le dessus, et après cinq semaines passées anxieusement elle était complètement guérie.

Trois mois et demi après ce traumatisme, le 30 juillet, les règles revenaient, et encore le 24 août, mais elles ne durèrent que deux jours. Depuis lors, elles ont repris un cours normal jusqu'en ces derniers mois où elles n'ont plus fait qu'apparaître faiblement et avec irrégularité. Les menstrues revenant après l'ablation des ovaires et du corps de l'utérus, cela bat quelque peu en brèche la théorie physiologique qui fait dépendre la menstruation de l'ovulation et *vice versa*.

OBS. III. — *Kyste aréolaire et multiloculaire des ovaires* (*épithéliome myxoïde de Malassez*). *Ablation par le morcellement. Mort par shoek ou collapsus immédiatement après l'opération.*

Mme B..., âgée de 56 ans, domiciliée à Péronne, nous consulte une première fois au mois de juillet 1880 pour une tumeur kystique des ovaires ayant pris un développement considérable. L'examen permet de reconnaitee qu'il s'agit d'un kyste composé, dont les divisions principales sont assez facilement reconnues au palper.

Nous proposons d'emblée l'ovariotomie. La malade refuse.

M. le docteur Boulanger, de Péronne, partisan de l'opération proposée, mais ne pouvant y décider sa cliente, la soumet, à titre palliatif, à une nombreuse série de ponctions (22), dont 3 furent faites par M. le docteur André; elles donnent chaque fois issue à une vingtaine de litres de liquide, d'abord parfaitement limpide, puis de plus en plus trouble; des injections iodées sont faites sans succès.

Cette médication n'aboutissant à aucune espèce de résultat, et les forces de la malade étant épuisées, notre confrère insiste à nouveau auprès de sa cliente et finit par la décider à se faire opérer.

Le 19 août 1881, aidé de MM. Boulanger, Lecadieu, Lenoir et de quelques personnes de la ville, nous procédons à l'ablation de la tumeur.

Les plus minutieuses précautions de la méthode de Lister sont prises avant l'opération et pendant celle-ci, qui ne dura pas moins de deux heures et demie.

L'ouverture de la cavité abdominale découvre un premier kyste, le principal, d'une dimension considérable. La main, introduite entre celui-ci et le péritoine nous fait reconnaître de

---

Il s'y est dit notamment d'excellentes choses sur l'alcoolisme et sur l'hygiène scolaire; nos lecteurs ont pu en juger par les comptes rendus qu'ils en ont trouvés ici-même, et certes à de pareils sujets ne pouvaient s'adapter de meilleurs comptes rendus.

Rien d'étonnant que la question de l'alcoolisme attire toujours les hygiénistes et donne toujours matière à de curieuses révélations. Il est peu de questions aussi intéressantes, aussi captivantes, et en même temps aussi vastes, puisqu'elle s'étend à la fois sur les domaines de l'économie politique, de la démographie, de la chimie, et enfin de la pathologie et de la clinique, où l'alcoolisme règne en souverain maître. Le royaume de la clinique se partage ainsi, pour ses grandes divisions géographiques, entre un petit nombre de potentats, et sur ces trônes, nous voyons solidement assis la tuberculose, la syphilis, l'hystérie et l'alcoolisme. De ce dernier, les sujets ne sont ni les moins nombreux, ni les moins variés dans leurs espèces. L'alcoolisme, à la façon de l'*Assommoir* est suffisamment connu. A l'autre extrémité de l'échelle sociale, nous trouvons l'alcoolisme des gens du monde ; une bonne bouteille de bordeaux à chaque repas, un petit verre de qualité supérieure avec le café, le soir du thé au rhum, de temps en temps un peu de chartreuse ou de kummel pour faciliter la digestion, quoi de plus simple et de plus naturel quand on a le goût et le moyen de bien vivre ? Cela n'a l'air de rien, un régime si bien équilibré, et dont les excès sont soigneusement bannis ; au bout de dix ans, notre homme qui s'est toujours considéré comme un modèle de sobriété, est bel et bien alcoolique, et si l'indication formelle du traitement par l'alcool nous échappe, le patient aussi peut nous échapper dans une pneumonie, une pleurésie, un rhumatisme sans la moindre apparence de malignité.

Mais cette grosse commère qui entre dans votre cabinet, un peu essoufflée, s'incruste dans un fauteuil en reposant une main sur son parapluie, comme sur un sceptre, celle-là du moins

nombreuses adhérences; après les avoir détachées, nous faisons la ponction qui donne un seau et demi de pus. Les parois de ce premier kyste affaissées, nous nous trouvons en présence d'une masse énorme composée d'aréoles vésiculaires formant une série de poches de toutes dimensions à parois épaisses et communiquant en partie les unes avec les autres.

C'est cette variété de néoplasme que Malassez a décrite sous le nom d'épithéliome myxoïde. Par le morcellement, nous parvenons à enlever tout cet amas de tissu dégénéré dont le volume total remplissait deux seaux ordinaires. Des brides sans nombre existaient au foie, à l'estomac, aux intestins, aux reins, il nous fallut les détruire méthodiquement entre deux ligatures et un peu partout lier des vaisseaux divisés.

Tout marchait pour le mieux malgré l'excessive fatigue et les pénibles efforts que nous soutenions depuis plus de deux heures. Nous avions enfin enlevé la dernière parcelle de la tumeur et procédions à la toilette du péritoine, lorsque l'aide chargé de la surveillance du pouls nous avertit qu'il n'en sent plus les battements. Aussitôt nous pratiquons la respiration artificielle, fustigeons l'opérée, l'inclinons la tête basse, bref, elle revient à elle, ouvre les yeux et fait entendre quelques plaintes. Nous continuons nos soins; elle boit un peu de champagne et un petit verre de cognac. Mais, peu d'instants après, le pouls, qui s'était relevé disparaît de nouveau, et cette fois, malgré toutes les ressources de l'art, la pauvre femme finit par succomber au collapsus, comme cela s'est vu malheureusement tant de fois à la suite de simples ponctions d'ascite et de thoracentèse.

Le chloroforme ne peut être incriminé dans cette mort, il avait été donné en minime quantité et on l'avait cessé bien avant la fin de l'opération, la malade dormant paisiblement; celle-ci enfin s'était réveillée, avait parlé, s'était plainte, avait bu. Ce terrible dénoûment est donc le fait seul du shock, de l'ébranlement nerveux, suite du vide fait dans la cavité abdominale; le cœur n'avait rien d'anormal.

On comprend quelle pénible impression on éprouve dans de pareilles circonstances, quelle que soit l'habitude que l'on ait de la chirurgie; c'est une des plus cruelles épreuves réservées à notre profession, et qu'il est impossible de prévoir, quoi qu'on en ait dit si injustement.

Obs. IV. — *Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, à contenu hématique, ovariotomie. — Guérison.*

Une dame M... D..., âgée de 39 ans, domiciliée au village de Serain (Aisne), est atteinte depuis plusieurs années d'un volumineux kyste de l'ovaire gauche. Nous la voyons pour la première fois, le 5 août 1881. Aucun doute ne peut exister sur la nature et le siège de la tumeur; nous en proposons l'enlèvement. Notre cliente s'y décide quelques mois après et fixe au 15 octobre la date de cette opération. Nous lui avions fait prendre, comme à toutes nos opérées, un bain et un purgatif, la région opératoire avait été rasée et lavée soigneusement à l'eau phéniquée, la chambre était purifiée, les meubles, le linge, tout en un mot, avait été préparé selon les règles de la méthode de pansement usitée aujourd'hui; nous pouvions agir sans crainte.

---

n'est pas suspecte, et jamais vous n'arriverez à nous faire croire qu'elle puisse être alcoolique. Il y va presque de l'honneur de la profession, car c'est une ancienne sage-femme, qui a dû se retirer des affaires d'assez bonne heure, à cause des émotions trop violentes que lui donnaient les péripéties de son métier. Voilà précisément la cause de tous ses maux, les émotions; elle est d'une sensibilité désespérante, pour la moindre contrariété elle s'agite, elle pleure, un rien la fait tomber en faiblesse. Pour combattre ces faiblesses, qui s'accompagnent d'une sensation de vide au creux de l'estomac, elle s'est toujours fort bien trouvée de boire du vin rouge; rien ne donne de la force comme le vin rouge, il réchauffe l'épigastre, et c'est un remède si commode. Une faiblesse, un verre de vin; le temps est humide, un verre de vin; l'enfant casse une assiette, un verre de vin. C'est bon pour tout; et la nuit même, elle a sa bouteille à côté d'elle; car elle a aussi des faiblesses d'estomac pendant la nuit; elle dort mal, elle fait de mauvais rêves entremêlés de frayeurs. Comme le tempérament change avec les années! Elle qui avait un si bon sommeil! Croirait-on qu'elle se figure parfois que des animaux courent sur son lit? Et l'appétit, autrefois florissant, complètement perdu aujourd'hui. Heureusement encore que tous les matins, en se levant, elle a une bonne pituite, qui la dégage et la débarrasse de tous ses glaires. Enfin, elle ne sait vraiment ce qu'elle deviendrait s'il lui fallait renoncer à boire du vin. Elle n'est encore qu'à ses deux litres par jour, y compris les repas; et déjà ses mains tremblent. Voilà comment l'alcoolisme se glisse partout, sous tous les prétextes imaginables : dans le peuple, c'est avec de vrais poisons que se fait l'intoxication; dans les classes aisées, c'est avec le laisser-aller procédant de cette conviction que les *bonnes choses ne font jamais de mal.*

***

MM. Ramette, Lenoir et Loubry nous prêtent, cette fois encore, leur concours dévoué, ainsi que quelques aides de la localité.

Nous employons le procédé américain; rien de particulier à dire quant aux différents temps; le seul incident de l'opération a été l'issue au dehors de toutes les anses intestinales, par suite du défaut de coaptation exacte des lèvres de la plaie; avec des linges chauffés nous parvenons, non sans peine, à les faire rentrer dans l'abdomen. Le kyste était adhérent à la partie supérieure, au colon transverse. Le liquide qu'il renfermait, une vingtaine de litres environ, était teinté en rouge par la matière colorante du sang. Quelques mois auparavant, une scène de ménage avait eu lieu entre le mari et la femme. Celui-ci, dans sa brutalité, avait piétiné cette malheureuse, ce qui a pu très bien occasionner la rupture de quelques vaisseaux superficiels de l'enveloppe du kyste, et l'épanchement consécutif d'une certaine quantité de sang dans le liquide de la tumeur.

Le pansement de Lister est appliqué, après la suture des parois de l'abdomen, et la malade nettoyée et changée, est remise dans son lit, les jambes et les cuisses légèrement fléchies sur le bassin, un coussin entre celles-ci pour les maintenir dans cette position.

La température, pendant les dix premiers jours, reste à peu de chose près à 38°, le pouls demeure à 120.

Les règles apparaissent trois jours après l'opération et procurent une détente dans l'état général pendant toute leur durée; dès qu'elles se sont montrées, le cathétérisme n'a plus été nécessaire.

Le 23 octobre, huit jours après l'opération, la malade qui a été changée de lit contracte une bronchite.

Le 25, nous faisons le premier pansement; la plaie est magnifique, nous enlevons toutes les sutures moins deux.

Il survient, les jours suivants, de l'entérite; du muguet apparaît sur la langue et dans la bouche, le thermomètre monte à 40°, le pouls à 130; pendant dix jours, cet état alarmant persiste avec diarrhée, douleurs, etc.

Enfin le 10 novembre, le mieux s'annonce par une baisse de la température (38°); le pouls tombe alors à 116; la malade demande à manger.

Le 12, elle se lève pour la première fois, la plaie est cicatrisée.

Le 15 novembre, tout est terminé; il ne reste qu'un peu d'œdème de la jambe gauche qui cède par la suite à une compression ouatée méthodique.

Les règles ont continué à paraître tous les mois, et cette femme a pu, dès lors, reprendre ses occupations; son ventre était maintenu par une ceinture spéciale que nous faisons toujours porter à nos opérées aussitôt la cicatrisation de la plaie abdominale.

Il y a six mois environ, elle a été frappée d'apoplexie; elle s'était assez bien remise de cet accident, lorsque, il y a peu de temps, elle a été atteinte de cirrhose compliquée d'ascite.

L'hygiène scolaire a bénéficié de l'ardeur nouvelle que l'on apporte à tout ce qui touche à l'instruction publique; aux grandes améliorations déjà réalisées ou sollicitées, j'en voudrais voir ajouter une que ne repousseraient pas, j'espère, nos maîtres les plus compétents en hygiène. A côté de la gymnastique, qui a été rendue obligatoire dans les écoles, pourquoi ne pas instituer une hydrothérapie scolaire, remplaçant celle qui devrait se faire dans toutes les familles, et qui est malheureusement si peu en faveur dans notre pays? Vous excuserez ma tendresse pour l'hydrothérapie; elle m'a vu naître, et réciproquement, puisque mon père fut un des premiers à la faire connaître et à l'appliquer en France. Il n'y a plus à discuter, ni sur sa valeur comme grande méthode thérapeutique, ni sur la puissance de ses procédés élémentaires comme pratiques d'hygiène. Aucun moyen n'est comparable à celui-là pour entretenir ou augmenter la résistance de l'organisme; on le sait bien en Angleterre, où ces habitudes sont universelles. Nous avons obtenu, dans toutes nos casernes, des installations peu coûteuses qui nous permettent d'offrir des lotions, ou même de véritables douches à nos soldats. Elles seraient plus utiles encore aux écoliers, à qui elles donneraient la trempe si nécessaire à leur âge et si imparfaite chez tant de sujets, qui restent accessibles aux maladies de tous genres, souvent par excès de soins, de précautions et de craintes. Se préserver est bien, mais s'aguerrir est encore mieux. Un peu d'hydrothérapie scolaire me semblerait donc, pour l'amélioration physique des générations à venir, le complément le plus utile de la gymnastique scolaire, le stimulant et le tonifiant par excellence de ces bataillons également scolaires, que nous avons déjà pu admirer parmi les ornements de nos fêtes publiques.

A tout prendre, et parmi tout ce qu'il est question d'introduire dans les écoles, ne vaudrait-il pas mieux y voir entrer l'hydrothérapie que la politique? Laissez, disait ces jours-ci un grand personnage, laissez les enfants s'enquérir de nos provinces perdues, et faites-leur connaître le régime qui nous les a fait perdre. Fort bien, répond un autre, mais apprenez-leur aussi quel

Nous avons dû par deux fois, donner issue au liquide péritonéal; aujourd'hui, l'amélioration paraît s'accentuer.

En somme, guérison de la première maladie sans grandes difficultés.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus pendant l'année 1881.

Réflexions. — A part la troisième observation dans laquelle les difficultés opératoires ont été pour ainsi dire insurmontables, et qui s'est terminée par un collapsus mortel, les faits dont nous venons de retracer brièvement l'histoire sont assez simples; nous avons pensé cependant qu'ils étaient dignes de fixer l'attention à plusieurs points de vue.

Toutes nos malades était arrivées à cette période cachectique de l'affection ovarique qui ne permet plus l'attermoiement; il fallait opérer sans retard si l'on ne voulait les voir succomber dans un bref délai.

Les complications survenues après l'opération nous semblent imputables à l'usage de l'acide phénique dont, par excès de précaution, nous avions saturé l'air ambiant de l'appartement; d'autres faits semblables ont été relevés dans ce sens.

Nous pensons qu'à la campagne on peut se dispenser des méticuleries du pansement de Lister, car l'ennemi qu'il est appelé à détruire n'est pas à craindre. Ovariotomiser le plus simplement possible, abandonner le pédicule dans le ventre sans s'en inquiéter; ne pas s'acharner à faire une toilette parfaite du péritoine, s'il y a urgence de terminer vite; faire des pansements rares, telles sont les conditions qui sur quatre cas nous ont donné trois succès.

BIBLIOTHÈQUE

Revue générale d'ophthalmologie, recueil mensuel bibliographique, analytique et critique, dirigé par MM. Dor et Meyer. Paris, G. Masson, éditeur.

A côté des revues générales de médecine et de chirurgie vient de naître une revue spéciale d'ophthalmologie, dont nous avons sous les yeux les six premiers fascicules.

Les découvertes de Helmholtz dans le domaine de l'optique physiologique, les travaux de Arlt, Donders et Græfe qui en furent la conséquence, le nombre considérable de physiologistes et de médecins éminents qui se sont consacrés à ces études spéciales et à leur application, ont donné à cette branche de la médecine un essor et un éclat incomparables. En

---

est le régime qui nous les avait données. Eh non, ce n'est pas tout cela; tâchez donc qu'ils se préoccupent de celui qui nous les rendra, et faites-les d'abord robustes et bien portants, pour qu'ils soient prêts et dispos au jour des grandes éventualités. *Mens sana in corpore sano*, c'est la sagesse des nations qui dit cela; car les proverbes sont la sagesse des nations; c'est même tout ce qu'elles ont pu donner jusqu'ici en fait de sagesse; mais c'est déjà quelque chose.

***

J'attends une occasion, qui ne s'est pas encore présentée à moi, pour faire un nouvel essai du procédé d'alimentation forcée des phthisiques, dont plusieurs travaux parus dans ce journal ont fait connaître le manuel opératoire et les excellents résultats. Il me semble que cette introduction directe des aliments dans l'estomac, qui triomphe de l'intolérance si fréquente chez les tuberculeux, aurait aussi quelque chance de réussir contre les vomissements de la grossesse. On peut objecter que cet accident si commun peut-être supporté dans bien des cas, sans dommage pour la santé de la mère ni pour l'heureuse terminaison de la grossesse; il n'en est pas moins fort pénible, il peut devenir mortel, ou nécessiter avant l'heure de graves interventions obstétricales. Peut-être en aurait-on raison, comme des vomissements des phthisiques, au moyen du tube qui supprime le contact des aliments avec ce long défilé où les réflexes, si exaltés chez la femme enceinte, menacent à tout instant de faire explosion. Si cette idée tombait sous les yeux de quelque confrère qui ait pratiqué déjà le gavage chez des phthisiques, et qu'il voulût en faire l'essai contre les vomissements incoercibles de la grossesse, il le pourrait sans doute plus tôt que moi, aucune femme enceinte ne m'ayant consulté ces temps derniers, ce qui tient évidemment à l'abaissement toujours croissant du chiffre de la population en France.

Lubanski.

même temps la littérature ophthalmologique a pris une telle extension, que même pour les oculistes il devient difficile, pour ne pas dire impossible, de l'embrasser dans son ensemble et d'en connaître tous les détails.

Un recueil du genre de celui-ci n'était donc pas inutile, malgré l'existence d'autres publications périodiques roulant sur les mêmes sujets, et nous devons accueillir favorablement un bulletin mensuel qui, aidé par les collaborateurs distingués dont MM. Dor et Meyer se sont assuré le concours dans tous les pays, nous donne une bibliographie complète de toute la littérature ophthalmologique, une analyse critique de toutes les publications en France et à l'étranger, enfin des mémoires originaux et des articles généraux résumant l'état actuel des questions les plus importantes.

En parcourant les numéros déjà parus, nous voyons qu'ils obéissent tous à un plan uniformément suivi, dans lequel les matériaux presque innombrables qui viennent au jour sans interruption sont classés méthodiquement et mis en lumière suivant leur importance.

Chaque numéro commence par un *Mémoire original* plus ou mois développé : MM. Gayet (de Lyon), avec *Quelques conseils raisonnés à propos des traumatismes oculaires et des premiers soins à leur donner*; Dor, avec l'histoire d'un *Kyste congénital de l'orbite*; Leroy, avec la *Théorie de l'astigmatisme*; Renaut, avec un travail *Sur la rétine du type juxta-épendymaire*; O. Becker (de Heidelberg), avec une *Contribution à l'anatomie du cristallin et de la cataracte*, défrayent cette première partie, du mois de janvier au mois de juin 1882.

En seconde ligne vient une *Revue générale*, qui occupe la plus grande partie du fascicule. Sous ce titre sont classés par chapitres les analyses bibliographiques de tous les travaux qui paraissent : anatomie et embryologie; physiologie; anatomie pathologique; pathologie et thérapeutique. Ce dernier groupe contient le dépouillement des journaux, ouvrages généraux, statistiques, rapports, comptes rendus des Congrès et Sociétés ophthalmologiques. Les diverses parties constituantes de l'œil sont représentées dans autant de subdivisions, dont la dernière traite des rapports de l'ophthalmologie avec la pathologie générale. Ainsi toutes les matières sont disposées avec un ordre tel, que les recherches ne peuvent souffrir aucune difficulté.

En présence d'un tel recueil, on se demande où s'arrêtera l'ardeur de nos contemporains; on est terrifié de la fureur de produire qui s'est emparée de notre génération. Mais on se dit aussi qu'au milieu de cette accumulation d'efforts et de labeur, il doit y avoir une grande somme d'activité perdue, beaucoup de travaux hâtifs, mal venus, mal élaborés, dont sans doute il ne restera rien. Peut-être un jour nos cerveaux fatigués, encombrés d'érudition, viendront-ils à réagir, et la bibliographie sera-t-elle moins en honneur. Mais ce temps n'est pas proche! et d'ici-là nous devons savoir gré aux auteurs compétents qui se dévouent à nous conduire au milieu de ce dédale, et nous économisent quelque peine en nous digérant d'avance les matières qu'il nous faut absorber.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. DAUBRÉE fait hommage d'un Rapport qu'il a présenté à M. le ministre des travaux publics, au nom de la Commission d'étude des moyens propres à prévenir les explosions de grisou, instituée par la loi du 26 mars 1877, dans laquelle l'Académie des sciences s'est fait représenter, conformément à l'invitation qu'elle avait reçue de M. le ministre de l'instruction publique. A ce document est annexé un Rapport de MM. Mallard et Le Chatelier sur les travaux de cette Commission.

L'un et l'autre Rapport sont des sommaires qui se réfèrent aux divers documents déjà publiés par la Commission.

M. Daubrée présente les observations suivantes :

« Réunir en un faisceau tous les faits acquis sur ce sujet, les coordonner et les préciser, combler autant que possible les lacunes que présentent les notions scientifiques actuelles, et préparer ainsi de nouveaux progrès de la pratique : tel est le programme que nous nous sommes tracé.

Le point de départ de nos travaux a été marqué par un Rapport très étendu de M. l'ingénieur en chef des mines, Haton de la Goupillière, que la Commission avait chargé de lui présenter un tableau d'ensemble des connaissances acquises sur le grisou.

Le même rapporteur a repris son œuvre deux années plus tard pour la compléter à l'aide de l'abondante moisson de faits recueillis, soit dans les enquêtes auxquelles la Commission s'est livrée, soit dans les séries d'expériences qu'elle a instituées et poursuivies. Le second

Rapport de M. Haton de la Goupillière, dont l'exposition est remarquablement concise et claire, de même que le premier, a été apprécié à l'étranger commé il l'a été parmi nous.

Une centaine d'inventions de toutes sortes, dont quelques-unes se prétendaient infaillibles, ont été soumises à notre examen, soit par M. le ministre, soit directement par leurs auteurs. Chacune d'elles a fait l'objet d'un examen attentif, et plusieurs d'entre elles ont motivé des études spéciales et de longues discussions. Un bien petit nombre ont résisté au contrôle de cette épreuve, ainsi qu'on peut le voir dans les Rapports imprimés par des extraits qui concernent toutes ces inventions.

Les travaux personnels des membres de la Commission forment un ensemble considérable.

Les recherches expérimentales de MM. Mallard et Le Chatelier, membres du corps des mines, sur la température d'inflammation du grisou, sur la vitesse avec laquelle se propage l'inflammation, sur la température de combustion, sur le rôle attribué aux poussières charbonneuses dans les accidents de grisou et sur d'autres sujets jusqu'alors peu connus méritent une mention toute spéciale pour leur intérêt scientifique. Ils sont imprimés dans les pièces annexes. Plusieurs résultats obtenus par ces savants ingénieurs paraissent destinés à être mis à profit dans la pratique de l'exploitation des mines; car personne n'ignore à combien d'applications des découvertes purement théoriques ont déjà conduit.

D'ailleurs la Commission, loin de s'en tenir à ses propres lumières, a tenu à puiser largement à toutes les sources d'information.

Tous les règlements des mines à grisou de la France et de l'étranger, qu'il a été possible de se procurer, ont été mis à contribution. Ils ont fourni la matière d'un travail très judicieux de coordination et de discussion, dû à M. l'Inspecteur général des mines de Souich, intitulé: « Rapport sur la règlementation des mines à grisou ». La Commission s'en est servi pour préparer un document auquel elle a apporté tous ses soins, sous le titre de: « Principes à consulter dans l'exploitation des mines à grisou ». Dans ces instructions, elle a classé méthodiquement, sous forme de préceptes simples et nets, accompagnés de notes explicatives, tous les conseils utiles et vraiment pratiques que, dans l'état actuel de nos connaissances, il lui a paru possible d'adresser aux exploitants. Il n'est pas douteux que ce manuel, sans être impératif, attentivement étudié et appliqué, ne contribue à diminuer beaucoup le nombre et l'importance des catastrophes.

Pour une œuvre aussi délicate, la Commission a tenu à réunir toutes les garanties, notamment celle du contrôle et de la controverse techniques. Une édition provisoire des principes à consulter avait été adressée aux ingénieurs, aux savants, aux exploitants qu'elle pouvait intéresser, avec une circulaire destinée à provoquer leurs observations. Un assez grand nombre d'entre eux ont été appelés à déposer dans le sein de la Commission. D'autres ont envoyé des réponses écrites, dont plusieurs ont une haute valeur. Tous ces documents ont été revus et discutés dans de nombreuses séances.

Toutefois, avant d'arrêter une rédaction définitive des principes à consulter, la Commission a voulu aussi utiliser d'autres renseignements pris à l'étranger.

Visiter les principales mines à grisou de la Belgique, de l'Angleterre et de l'Allemagne pour y observer, d'une part, les mesures techniques de précaution qui y sont prises; d'autre part, pour y constater la manière dont sont appliqués les règlements spéciaux afférents à ces mines: tel est le programme de la mission que nous avons confiée à MM. Pernolet et Aguillon. Le rapport de ces ingénieurs forme trois volumes, relatifs aux trois pays visités. Publiés par la Commission, ils ont été mis à profit dans ses discussions intérieures, et les exploitants de mines y trouveront d'ailleurs des documents utiles.

Il convenait aussi, pour combattre le grisou, de consulter les funèbres annales des ravages passés pour les houillères de la France. Une statistique méthodique, aussi utile que patiente, a été préparée par MM. les ingénieurs des mines Petitdidier et Lallemand, pour plus de sept cents accidents de grisou survenus dans notre pays. Cette statistique, dressée sur des rapports officiels, embrasse une période de plus de soixante années. Les tableaux résumant ce travail ont été coordonnés en un atlas, dont l'impression sera prochainement achevée. Les causes directes ou indirectes de l'accumulation du grisou et de son inflammation ressortiront clairement de la lecture de ces tableaux.

A côté du rôle de l'ingénieur, celui du médecin devait naturellement trouver sa place dans ces études. Une instruction médicale sur les accidents des mines, à un point de vue général, a été récemment préparée par l'Académie de médecine. Mais comme la question du grisou réclamait des développements spéciaux que cette œuvre ne pouvait admettre, sans perdre ses proportions, notre Commission a obtenu de M. le docteur Paul Regnard un formulaire simple et pratique sur les premiers soins à donner aux ouvriers blessés à la suite des explosions. Ils ont été imprimés dans nos documents annexes.

L'étude des appareils de sauvetage permettant de pénétrer dans les milieux irrespirables,

dont la Commission l'avait aussi chargé, a conduit M. Regnard à un appareil nouveau, fondé sur l'idée ingénieuse de la revivification de l'air expiré, par l'absorption de l'acide carbonique et par l'addition d'oxygène. Cet appareil a été expérimenté par la Commission, dans une des caves de l'Ecole des mines.

Le Rapport de MM. Mallard et Le Chatelier précise les principaux résultats des travaux de la Commission dont je viens d'esquisser succinctement l'historique.

Pour connaître ces études, il convient de se reporter à nos diverses publications, notamment à celles que je viens de mentionner, ainsi qu'aux « Extraits des procès-verbaux autographiés des séances » et aux « Pièces annexées aux procès-verbaux ».

D'ailleurs, tous les Mémoires et documents qui nous ont été adressés constituent des archives que nous avons déposées à l'Ecole des Mines.

Depuis que la Commission du grisou fonctionne en France, d'autres Commissions ont été instituées pour le même objet et par les gouvernements, en Angleterre, en Belgique, dans la Saxe royale et en Prusse. Un rapport de M. l'ingénieur des mines Aguillon, imprimé dans les « Pièces annexes » expose ce que nos voisins ont fait dans la direction que nous-mêmes avons activement poursuivie ».

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de médecine*, n° du 10 août 1882.

Contribution à l'histoire du paludisme congénital, par Verneuil. — Le professeur Verneuil croit fermement au paludisme congénital, sur lequel M. Ch. Leroux s'était exprimé avec beaucoup de réserves dans un mémoire publié par la *Revue de médecine* du 10 juillet dernier. Il en donne une observation plus probante et plus complète que celles que nous possédons jusqu'ici, et qui se résume ainsi : Paludisme acquis chez les grands parents ; paludisme peut-être acquis, peut-être congénital, en tout cas latent pendant de longues années, chez la fille ; paludisme certainement congénital chez le petit enfant.

Cette observation a une valeur que ne possèdent pas les faits observés sur des enfants nés et résidant encore dans les milieux palustres, puisqu'elle montre que des enfants nés de parents infectés, mais n'ayant jamais été exposés eux-mêmes à l'endémie tellurique, n'en ont pas moins présenté des accès fébriles bien caractérisés. Il est probable, dit M. Verneuil, qu'on pourra retrouver des cas pareils quand on les cherchera, et quand les médecins se montreront moins indifférents et moins sceptiques à la question du paludisme congénital.

Des paralysies générales spinales à marche rapide et curable, par Landouzy et Déjérine. — Dans le groupe des paralysies spinales de l'adulte, rattachées aujourd'hui, comme la paralysie infantile, à une lésion destructive des cellules des cornes antérieures, Duchenne (de Boulogne) avait distingué, sous le nom de paralysie générale spinale antérieure subaiguë, une forme à évolution lente, ayant une durée de plusieurs années. MM. Landouzy et Déjérine cherchent à démontrer qu'il existe une forme clinique de paralysie générale spinale antérieure à marche rapide, évoluant en quelques mois et se terminant par la guérison. Ils fondent leur travail sur deux observations : l'une est relative à un malade qu'ils ont étudié pendant de longs mois à l'Hôtel-Dieu-annexe et à la Charité, l'autre à une malade que M. Charcot a vue en consultation, et sur laquelle il a remis aux auteurs une note détaillée.

La première observation, très développée, paraît seule aujourd'hui. La suite du travail est remise au numéro prochain.

Note sur l'oblitération des veines sus-hépatiques dans la cirrhose du foie, par Ch. Sabourin. — Dans un travail récemment publié par la *Revue de médecine*, l'auteur a montré la participation importante des veines sus-hépatiques au processus cirrhotique dans la cirrhose dite vulgaire. Il entreprend aujourd'hui de compléter cette étude de topographie par une série de recherches sur les lésions des veines sus-hépatiques.

Ce qui est dit dans le présent mémoire sur l'état des veines sus-hépatiques se rapporte à un champ d'observation beaucoup plus vaste que celui de la cirrhose annulaire pure, précédemment étudiée au point de vue topographique. Ce sont des notions générales s'appliquant à la grande masse des cirrhoses, autres que la cirrhose biliaire pure.

On peut conclure de ces recherches que, dans la grande masse des cirrhoses vraies, autres que les cirrhoses biliaires pures, le système des veines sus-hépatiques est le siège d'oblitérations d'étendue variable, souvent très limitées, oblitérations pouvant occuper les différentes ramifications de ce système, depuis les branches intra-lobulaires jusqu'aux branches d'un calibre considérable, oblitérations dues à une véritable phlébite adhésive.

Recueil de faits. — M. E. Gaucher publie un cas de *syphilis bulbo-médullaire précoce* suivie de guérison.

M. H. Barth appelle l'attention sur la fréquence de la méningite comme complication de la pneumonie. Il a pu se convaincre, par d'assez nombreux exemples, de la relation qui existe entre ces deux maladies. La présente observation est *Un cas de méningite suppurée survenue comme complication dans le cours d'une pneumonie*, et qui se distingue par cette particularité intéressante qu'il s'est développé en même temps une endocardite aiguë.

Revue générale. — Sous ce titre paraît un travail intéressant, mais qui se prête peu à l'analyse; c'est un résumé de leçons professées à la Faculté de médecine de Bordeaux, sur *l'anatomie et la physiologie générales du muscle cardiaque*, par M. A. Pitres, et recueillies par le docteur Vaillard.

Deux observations de zona et d'atrophie musculaire du membre supérieur, par M. le docteur A. Joffroy. — Chez le premier malade, âgé de 63 ans, une éruption de zona accompagnée de douleurs de l'épaule droite fut suivie, trois mois plus tard, d'atrophie musculaire. Celle-ci intéressait les adducteurs du pouce droit et les interosseux, ainsi que les muscles de l'éminence hypothénar. Elle apparut après la cessation des douleurs et fut guérie par l'électrisation localisée.

Le deuxième malade eut un zona de la face postérieure de l'avant-bras, consécutif à une atrophie musculaire deltoïdienne qui, elle-même, avait été précédée de vives douleurs dans l'épaule. Doit-on admettre que l'évolution inverse de ces deux phénomènes morbides, zona et paralysie, est le résultat d'une névrite du plexus brachial se propageant, dans le premier cas, des nerfs sensitifs aux nerfs moteurs; et, dans le second, des nerfs moteurs aux nerfs sensitifs? Telle paraît être l'opinion de l'auteur. (*Archives de physiologie*, n° 1; 1882).

Névralgie datant de vingt ans, guérie par l'élongation du nerf sous-orbitaire, par M. le docteur Coppez. — Un malade de l'hôpital Saint-Jean (Bruxelles), âgé de 51 ans, est atteint d'une névralgie sous-orbitaire droite, caractérisée par la coloration rouge foncé de l'œil, du front et de la moitié droite de la face; par une vascularisation exagérée de ces régions; de la fragilité des cheveux de ce même côté, et, pendant les accès, par du larmoiement, de l'écoulement du mucus nasal et une augmentation locale de température. La violence des douleurs était excessive. Cette névralgie datait de vingt ans. D'abord intermittente pendant quinze années, elle était devenue continue depuis cinq ans.

Après une dissection pénible, le nerf orbitaire fut mis à nu, une forte traction sur le nerf fut opérée sur le bout central aussi bien que sur le bout périphérique, pendant l'anesthésie du malade, par le bichlorure de méthylène. Cette élongation fut suivie d'une plaque d'anesthésie sur la région animée par ce nerf. Cette anesthésie disparut après quelques jours.

Depuis cette époque, le malade n'a plus éprouvé de douleurs névralgiques. (*Annales d'oculistique*, janvier-février 1882, p. 59.) — L. D.

Nouveau traitement de l'uréthrite chez la femme. — Le docteur Fissiaux rend compte dans les *Annales de Gynécologie*, des résultats obtenus à Saint-Lazare, chez les femmes atteintes d'uréthrite, par le traitement suivant imaginé par M. Leblond.

Se rappelant que les parois de l'urèthre sont, au dire de M. Sappey, sillonnées par des plis longitudinaux de la muqueuse, M. Leblond a eu l'idée d'étaler ces plis, de manière à porter au contact de tous les points du revêtement muqueux, un agent médicamenteux capable de les modifier. A cet effet, il emploie une tige métallique enduite d'une couche de gutta-percha, longue de 6 à 7 centimètres et recourbée en crochet à l'une de ses extrémités pour empêcher sa pénétration dans la vessie. Autour de cette tige, on enroule une mince couche d'ouate, qui, grâce à la gutta-percha, devient complètement adhérente. Cet appareil imbibé de Coaltar saponiné pur est introduit dans l'urèthre et maintenu en place pendant deux jours. Pour empêcher qu'il ne soit entraîné par l'urine, il suffit d'appliquer un doigt sur l'extrémité libre pendant la miction. Cet appareil est facilement supporté, il ne cause aucune douleur, aucune gêne dans la marche. Il aurait donné des résultats remarquables, particulièrement dans le traitement des urèthrites rebelles.

FORMULAIRE

Traitement de la conjonctivite chronique simple. — Cuignet.

1° Repos de la vue avec protection d'abat-jour ou de conserves; — 2° lavage fréquent à

l'eau tiède, des paupières et des yeux; — 3° instillation d'un collyre léger au sulfate de zinc, d'alumine ou de cuivre, 3 ou 4 fois par jour; — 4° application d'une pommade à la vaseline avec du calomel, du précipité jaune ou rouge, de l'acétate de plomb, le long des bords et au coin des paupières; — 5° trois fois par semaine, attouchement étendu de la muqueuse avec le crayon de sulfate de cuivre, en pressant sur la membrane de manière à froisser les dépôts charnus, épaissis, qui s'y sont établis, ou mieux encore, application au pinceau de la solution de nitrate d'argent (1 gr. pour 10 d'eau distillée, ou 2 gr. pour 15 gr.), sur les faces muqueuses des paupières retournées, bien étalées et adossées, de manière à ce que le collyre ne pénètre pas jusqu'au bulbe, puis lavées à l'eau simple; — 6° toucher les grains charnus isolés avec le crayon de nitrate d'argent pur; — 7° entretenir la liberté du ventre. — Régime doux, abstinence de café et de liqueurs. — Dans certains cas, on se trouve bien de vésicatoires autour de l'orbite, d'un séton à la nuque ou de petits sétons aux tempes et derrière les oreilles. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui suprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Voici la liste des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire et à l'emploi de stagiaire.

MÉDECINE. — *A l'emploi d'élève du service de santé. Candidats à huit inscriptions :* 1. Aubin, Chevalier, Guillabert, Munschina, Dalphin, Romakers, Rioblan, Cherpittel, Simon, Herr, Marlier, Guibal, Fargin, Lauradour, Darbouet Alvernhe, Foubert, Douillet, Gury, Leroy.

21. Galland, Delahousse, Pelegry, Forestier, Nabona, Colle, Farrat, Chapard, Rocheblave, Lalitte, Villiers, Delarocheaulion, Albert, Feuillade, Doublet, Bourdin, Thirion, Bourgeois, Pettier, Augry.

41. Vaisse, Bourthoumieu, Marin, Adriet, Valanciau, Monphous, Lairac, Rouffignac, Descubes.

Candidats à douze inscriptions : Loison, Casaubon, Ramey, Brault, Carton, Gauthier, Québéry, Lejour, Barreau, Camentron, Eymeri, Marignac, Drély, Pruvost, Bourdin.

Candidats à seize inscriptions : Patenostre, Murie, Girardeau, Roquancourt, Ballard, Dupard, Bossel, Folliasson, Pineau.

A l'emploi de médecin stagiaire : 1. Salebert, Genty, Bonnery, Ricoux, Tisserant, Gaube, Bernardy, Pesme, Amiet, Mazeillé, Faveret, Talayrach, Martin, Valissant, Krantz, Géhin, Guérin, Joire, Martin, Péradon.

21. Watier, Treillet, Belliard, d'Audibert-Coille-du-Bourguet, Magnin, Bernheim, Bonjean.

PHARMACIE. — *A l'emploi d'élève du service de santé militaire. Candidats sans inscriptions :* Fleury, Cuminet, Charaux, Licardy, Bodard, Thubert, Lafrogue, Tardieu.

Candidat à quatre inscriptions : Bonafous.

Candidat à huit inscriptions : Fourmont.

A l'emploi de pharmacien stagiaire : Cabanel, Schutz, Darrigau, Bissérié.

Les élèves du service de santé devront être rendus le 10 novembre à l'hôpital militaire qui leur sera ultérieurement désigné, et les stagiaires se présenteront, à la même date, à M. le médecin-inspecteur, directeur de l'École du Val-de-Grâce.

— Par décret en date du 6 octobre 1882, M. Bachon (Alexandre-Pierre-Paul), médecin principal de 2e classe de l'armée active, retraité, a été nommé au même grade dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

— Par décret en date du 13 octobre 1882, M. Lafforgue (Dominique), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité, a été nommé au même grade dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

— Par décret en date du 25 septembre, M. Goguel, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité, est nommé médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE INTERNE

INTOXICATION PAR LE VULNÉRAIRE ET L'EAU DE MÉLISSE. — HYPERESTHÉSIE GÉNÉRALISÉE ET PARÉSIE DES MEMBRES.

Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

Recueillies par le docteur BRUCHET, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je tiens essentiellement à vous parler d'une malade, qui vient de mourir au n° 39 de la salle Lorain, et sur laquelle j'ai à plusieurs reprises attiré votre attention. C'est qu'en effet, les désordres de la sensibilité (hyperesthésie généralisée) et de la motilité (paralysie des membres) dont elle était atteinte, ne sont pas très bien connus, mais ce que l'on ignore surtout, c'est que ces désordres se rattachent à des excès de boisson.

Il s'agit d'une femme de 51 ans, fortement constituée, d'un embonpoint notable, qui a le ventre globuleux, bombé par la présence d'une épaisse couche de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale. Cette malade, entrée dans notre service le 2 février 1882, avait la face rouge, injectée, les joues couvertes de varicosités capillaires, et une expression d'attendrissement et de tristesse qui indiquait une affection cérébrale. Elle ne pouvait soutenir aucune conversation ; ses réponses étaient tardives, incohérentes, l'association des idées lui était tellement difficile, qu'il nous fut impossible d'obtenir d'elle aucun renseignement précis ; cependant, elle reconnaissait qu'elle « perdait la tête » et bredouillait en parlant. Elle avait les lèvres tremblantes, et quand on provoquait le rire, on remarquait des contractions fibrillaires dans les muscles buccinato-labiaux et dans les

FEUILLETON

Eugène WOILLEZ. — Jean-Baptiste HILLAIRET.

Organe officiel de la Société médicale des hôpitaux, l'UNION MÉDICALE a voulu attendre, pour publier les discours prononcés par M. DESNOS sur la tombe de nos regrettés confrères, que ces discours eussent été lus en séance. Vendredi dernier, la Société ayant repris le cours de ses travaux, M. DESNOS lui a communiqué les paroles d'adieux que nous reproduisons aujourd'hui.

Eugène WOILLEZ.

La mort, en ce moment, se montre cruelle à la Société médicale des hôpitaux. Elle moissonne incessamment dans ses rangs, en frappant aux têtes les plus élevées. Il y a un mois, c'était à Pidoux que le Secrétaire général adressait les suprêmes adieux de la Compagnie ; aujourd'hui c'est encore à l'un des représentants les plus considérables de la médecine hospitalière qu'il a la douloureuse mission de rendre les derniers devoirs au nom de ses collègues.

Nombreux sont les titres scientifiques de M. Woillez.

Les tristesses de l'heure présente, la soudaineté du coup qui vient d'enlever si inopinément à l'affection de sa famille et de ses amis, un homme que nous voyions, il y a peu de temps encore, plein de vie et de santé, ne nous laissent pas la liberté d'esprit nécessaire pour les

zygomatiques. Ajoutez à cela qu'elle restait immobile, dans le décubitus dorsal et qu'en la découvrant on percevait une forte odeur d'urine.

Malgré la difficulté qu'elle avait à s'exprimer, cette femme accusa des douleurs dans les membres, douleurs qu'elle ressentait surtout la nuit et qui se produisaient sous forme d'élancements, de fourmillements, de picotements ; elle avait aussi des cauchemars terrifiants, dormait mal, se réveillait en sursaut et couverte de sueur. Enfin, elle se disait sans appétit, et depuis peu elle était prise, chaque matin de vomissements glaireux et bilieux (pituites).

Rapprochés de l'habitus extérieur, ces renseignements nous firent songer, tout d'abord, à la possibilité d'une intoxication alcoolique, mais il restait à achever l'examen de la malade, notamment à explorer la sensibilité et la motilité. Ce qui déjà attirait l'attention, c'était l'attitude remarquable des orteils, fléchis légèrement vers la plante du pied; il en était de même aux mains pour les doigts, comme s'il eut existé une prépondérance des fléchisseurs ou une paralysie plus grande des extenseurs.

La malade pouvait porter ses mains à sa tête, mais les membres supérieurs tenus élevés horizontalement étaient agités d'un léger tremblement. Elle soulevait sans trop de peine ses jambes au-dessus du plan horizontal du lit, mais il lui était impossible de marcher, de se tenir debout, et même de rester assise.

Les réflexes tendineux ne présentaient rien d'anormal. La sensibilité tactile, à peu près intacte, était cependant diminuée au niveau de la face dorsale du pied ; la sensibilité à la température ne se trouvait pas modifiée : mais il n'en était pas de même des autres modes de sensibilité, car si on venait à chatouiller, même légèrement la plante du pied, on déterminait des contractions brusques et violentes des muscles des membres et même de ceux du tronc.

La sensibilité à la douleur se faisait remarquer par une exagération notable (hyperalgésie), qui différait suivant que l'exploration portait sur les extrémités des membres, sur leur racine ou sur le tronc. Le plus léger pincement, la plus petite piqûre d'épingle suffisaient pour arracher des cris à la malade, et étaient l'occasion de mouvements brusques des membres, qui cherchaient à se dérober, provoquaient jusqu'à des contractures des muscles du visage, et, dans quelques cas, étaient suivis de larmes.

Cette exagération de la sensibilité à la douleur se retrouvait aux membres supérieurs, où elle était seulement un peu moins vive : mais, tout en présentant les

---

recueillir tous et en mesurer la portée. Il est, cependant, possible d'exprimer en peu de mots la caractéristique de ses travaux, en disant qu'ils avaient pour bases essentielles, une observation rigoureuse et sagace, l'amour de la vérité clinique, une saine critique et une érudition de bon aloi.

Disciple particulièrement aimé de Louis, il pensa fort heureusement pour la science et la pratique médicale qu'il lui appartenait de continuer à cultiver l'étude des affections des voies respiratoires ; et, devenu maître à son tour, il a magistralement tracé l'histoire des maladies thoraciques, dans une série de mémoires originaux, dont les recherches sur la congestion pulmonaire et la mensuration de la poitrine représentent les premiers anneaux, et dont le *Traité des maladies aiguës de poitrine* est le couronnement.

Mais, pour avoir plus spécialement dirigé son attention vers les états morbides d'un système organique, notre regretté collègue était loin de négliger, comme il arrive parfois, les autres côtés de la médecine que le vaste champ de la pratique nosocomiale livrait à son observation. Ses connaissances encyclopédiques étaient très étendues. Son *Dictionnaire du diagnostic* en est le vivant et puissant témoignage.

Une œuvre scientifique aussi importante, aussi honnête, désignait M. Woillez aux suffrages de l'Académie. Aussi, lui ouvrit-elle les portes de cette enceinte, dont l'entrée est l'objet de tant de nobles ambitions et de légitimes compétitions. Toutefois, ses devoirs d'académicien ne lui firent pas négliger la Société médicale des hôpitaux. Il aimait à la fréquenter, à lui donner la primeur de quelques-unes de ses études destinées à figurer plus tard dans un travail de plus longue haleine. Il prenait part à ses discussions avec une justesse de vue, avec une sûreté de jugement, une fermeté de caractère, et aussi avec une urbanité et une courtoisie qui nous faisaient regarder son intervention comme une bonne fortune. On a pu dire

mêmes caractères importants, elle était symétrique, c'est-à-dire qu'elle diminuait à mesure qu'on remontait de l'extrémité vers la racine du membre et était moins prononcée au-dessus du genou et au-dessus du coude qu'aux jambes et aux avant-bras.

Cette hyperalgésie, doublement symétrique, est pour nous le signe pathognomonique d'un désordre produit par un agent toxique; car, en dehors des intoxications, il n'y a rien, à ma connaissance, qui puisse la produire, avec les caractères particuliers que vous avez pu constater. Toutefois l'altération de la sensibilité se rencontrait encore au tronc, principalement au niveau des émergences nerveuses; elle existait de chaque côté de la colonne vertébrale, aux points de sortie des branches postérieures des nerfs intercostaux, car la pression du doigt sur ces points déterminait des sensations douloureuses extrêmement pénibles (irritation spinale de plusieurs auteurs).

Vers l'angle des côtes, la douleur à la pression était un peu moins vive, mais des deux côtés de la ligne blanche abdominale, elle était aussi violente que dans la région dorsale et provoquait un brusque renversement en arrière, du tronc et de la tête. Il en était de même de chaque côté du sternum, aussi notre patiente pouvait-elle être rapprochée des malades que Valleix et d'autres auteurs ont considérés comme atteints de névralgie généralisée. La vue n'était pas sensiblement modifiée, toutefois cette femme se plaignait de voir parfois des mouches volantes. L'appétit était à peu près nul, et la langue ordinairement sèche, le matin; quelques vomissements pituiteux persistaient au réveil. Il n'existait aucun bruit anormal au cœur; la respiration était partout normale, sauf au sommet du poumon droit où une légère matité, avec perte d'élasticité indiquait un certain degré d'induration parenchymateuse; le foie était quelque peu douloureux à la percussion; les urines ne renfermaient ni sucre ni albumine.

En somme, cette malade présentait une sorte de névralgie généralisée, avec hyperalgésie prononcée et symétrique des extrémités, et une paralysie des membres, rendant impossible la station debout et l'obligeant à garder le décubitus dorsal. Or, les caractères de ces désordres, rapprochés de l'affaiblissement intellectuel, des rêves, des cauchemars, des réveils en sursaut, du tremblement des lèvres, des pituites, etc., ne pouvaient laisser de doute sur l'existence d'une intoxication par excès de boisson. Mais, l'excessive hyperalgésie nous conduisit à penser que cette

---

que la modestie est l'apanage de la valeur véritable. Elle était une des qualités maîtresses de M. Woillez. Elle n'avait d'égale que sa profonde loyauté. Lorsqu'il croyait s'être trompé, il n'hésitait pas à le déclarer. C'est ainsi que nous l'avons vu venir, à la tribune de la Société, faire le procès à un instrument de mensuration de la poitrine inventé par lui, qui pouvait rendre de grands services entre des mains aussi habiles et aussi exercées que les siennes, mais dont le maniement difficile apportait obstacle à sa vulgarisation; aussi et surtout à la vulgarisation de cette découverte précieuse des rapports de la capacité de la poitrine et du volume extérieur du thorax avec les mouvements congestifs qui s'opèrent vers le poumon.

M. Woillez vient d'être frappé dans la plénitude de ses facultés et de son talent comme en témoignaient la part qu'il a prise, à l'Académie, dans la discussion du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, et, à la Société médicale des hôpitaux, à laquelle on peut dire qu'il est resté fidèle jusqu'à sa dernière heure, son récent discours sur le tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie.

Que ce collègue aimé reçoive donc la vive expression de notre douleur et l'amer regret de ne plus entendre, au sein de notre Société, sa voix sympathique.

Jean-Baptiste HILLAIRET.

Lorsque, la semaine dernière, j'accusais la mort d'être cruelle à la Société médicale des hôpitaux, en frappant à coups précipités ses membres les plus éminents, j'étais loin de penser que, redoublant ses rigueurs, elle allait, après quelques jours à peine écoulés, m'appeler de nouveau au douloureux honneur de rendre les suprêmes hommages de la Société à un homme qui ne fut pas seulement un de mes collègues, mais un de mes maîtres aimés et vénérés.

intoxication n'était pas le fait d'un alcool ordinaire, mais plutôt d'une liqueur spiritueuse renfermant des essences, telles que l'absinthe, le vulnéraire, etc.

Comme cette pauvre femme pouvait difficilement nous renseigner sur ses habitudes, et comme d'ailleurs on pouvait craindre qu'elle ne voulût pas avouer toute la vérité, je chargeai la surveillante de prendre des informations auprès des personnes qui venaient la voir.

Cette première enquête ne donna pas une confirmation suffisante à notre diagnostic, car les questions adressées à ce sujet, à une amie de la malade, furent très mal accueillies par elle, et provoquèrent de sa part des protestations indignées qui changèrent d'autant moins notre manière de voir, que ladite amie présentait, elle aussi, des signes manifestes d'intoxication alcoolique.

Un de nos externes, chargé de suivre la malade, voulut bien alors, sur ma prière, se rendre au domicile que celle-ci avait habité, afin d'y recueillir des renseignements plus exacts. Là, il apprit des locataires de la maison, des marchands de vins les plus proches, et principalement des voisins et voisines, que cette femme avait depuis longues années des habitudes d'intempérance très avérées. Elle prenait très volontiers du vin; mais sa boisson favorite était le « vulnéraire »; elle faisait aussi un grand usage de l' « eau de mélisse », elle était toujours munie d'une certaine fiole que connaissaient ses intimes, et qu'elle vidait et remplissait plusieurs fois par jour.

Des circonstances malheureuses, disait-on, avaient eu sur son esprit une déplorable influence, car c'était à la suite de chagrins et de revers de fortune qu'elle avait commencé à se livrer à la boisson. En effet, son mari était mort après deux années de mariage, et peu de temps après, elle tombait dans un état de misère presque complet. Notons cependant, qu'il fut possible d'établir que la mère, morte à 60 ans, avait eu également des habitudes alcooliques.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

POST-SCRIPTUM AU PRÉAMBULE.

On ne saurait trop expliquer et commenter sa pensée. Un sentiment de justice nous obligeait avant de commencer ce *memorandum*, à dire de quel enseignement nous nous inspirions

---

En peu d'instants, en peu de minutes, un mal implacable a terrassé cette nature vigoureuse et l'a enlevée à notre affection.

Mais, si l'heure qui marque le terme de notre destinée en ce monde, a brusquement et, on peut le dire, prématurément mis fin à la carrière de M. Hillairet, au moins celle-ci a-t-elle été bien remplie. L'activité, le travail et la science en ont, pour ainsi dire, doublé l'étendue.

Déjà, et depuis plusieurs années, dans la presse médicale, dans des recueils scientifiques spéciaux ou encyclopédiques, près des corps savants, qui lui décernaient leurs prix, M. Hillairet avait accumulé des travaux qui avaient attiré sur lui l'attention du monde médical. Il en trouvait la première récompense dans sa nomination de chef de clinique de la Faculté, et, au bout de peu d'années le concours lui donnait, dans le corps des médecins des hôpitaux, une place qu'il a toujours si dignement occupée.

Le champ de la médecine est tellement vaste qu'il n'est guère possible à l'intelligence humaine, si bien douée qu'elle soit, d'en cultiver avec le même soin, le même succès, toutes les parties. Chacun de nous possède en soi des goûts, des aptitudes particulières, qui le portent plus spécialement vers l'étude de tels ou tels groupes de questions. En dehors des recherches sur l'hygiène et la dermatologie qu'il poursuivit avec tant de succès, notre collègue se sentait surtout entraîné vers les travaux relatifs à la physiologie et à la pathologie du système nerveux. C'est cette inclination très décidée qui nous valut une série de mémoires, d'observations sur les lésions du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière, entre lesquels il faut avant tout citer son mémoire sur l'hémorrhagie cérébelleuse, affection non encore décrite qui figure dans les *Actes de la Société des hôpitaux*, qui fut, à l'époque où il parut, fort remarqué, et mérita à son auteur un prix de l'Institut. Nos *Bulletins et Mémoires* contiennent encore plusieurs publications de M. Hillairet. Personne parmi nous n'a perdu le souvenir du

en particulier. Cela ne veut pas dire que nous fassions abstraction de tout autre enseignement. Nous avons parlé de mouvement obstétrical; c'est un fait que tout le monde peut constater; cela ne prouve point qu'il soit sans précédent. Le professeur Pajot lui-même a eu des prédécesseurs au XVIII[e] siècle et même avant. A la tête de ce mouvement, nous avons mis ceux qui l'ont mené, les circonstances aidant; cela ne prouve pas qu'ils aient inventé l'obstétrique. La science ne pousse pas, comme la folle avoine, à la grâce de Dieu.

Nous sommes, par tempérament, éclectique, et s'il est une école dont nous aimerions à faire partie, c'est l'école critique. Or, chercher le bien dans tout auteur qui paraît, dans tout livre qui passe, dans tout professeur qui enseigne, sans préoccupation des sympathies personnelles, est le premier élément de la vraie critique, de la critique juste et partant utile. Il faut bien avouer que trop souvent dans la science en général, la critique consiste à encenser ses amis, à passer sous silence le bien que fait l'ennemi et à ne parler que du mal qu'il a pu commettre. La science et l'homme y perdent. Être sincère; voilà ce qui nous préoccupe.

DE LA FÉCONDATION.

DE LA PRÉFORMATION. — La fécondation est la conséquence de la rencontre de l'élément mâle et de l'élément femelle, et de leur fusion molécule à molécule.

Les recherches et découvertes de Sappey, de Waldeyer, de Balbiani, pour ne citer que trois noms, ont éclairé d'une vive lumière ce fait encore très mal connu, et, on peut le dire, impénétrable par nos moyens actuels d'investigation, de la fusion molécule à molécule. Chose curieuse; ils ont fait revivre d'anciennes conceptions philosophiques, détrônées par les théories de Wolff, de Baer, de Lamark, de Darwin sur l'évolution, et traitées d'erreurs par les absolutistes.

Le professeur Sappey, qui découvrait en 1863, sans avoir connaissance des travaux de Schroen sur les mammifères et avant publication des recherches sur l'ovaire humain annoncées par ce dernier, la couche ovigène du *testis muliebris*, a compté les ovisacs pour contrôler les hypothèses des accoucheurs qui, calculant d'après la ponte mensuelle d'un ovule pendant trente ans environ pour chaque femme, avaient évalué à 300 le nombre des ovules. Il en a découvert 844,000, un million et même plus, sur des petites filles de 2 à 4 ans. Tous ces germes sont empilés comme des pièces de monnaie. Ils forment une série de tubes qui s'étranglent de distance en distance entre chaque ovule, et prennent de cette façon l'apparence de chapelets qui s'égrènent. Chaque grain représente un ovisac et son contenu.

Ce travail préparatoire est terminé, ou à peu près, au moment de la naissance. En effet, bien que plusieurs anatomistes admettent une production postérieure d'ovules par bourgeonnement des ovisacs primitifs, l'observation établit que les germes sont au maximum chez l'embryon. La fonction est prête. L'organe sommeille jusqu'à la puberté; mais on dirait qu'il s'essaye au moment de la naissance, car on trouve assez souvent sur les ovaires des nouveau-nés

---

rapport sur la pellagre à l'occasion du mémoire de Gintrac sur la pellagre endémique du département de la Gironde, et qui, sous le titre modeste de rapport, constituait un travail important à côté de celui du médecin bordelais. Outre les questions de pathologie et de nosologie afférentes à ce fléau qui, en certaines régions, décime les populations rurales, notre collègue a surtout envisagé les aspects hygiéniques et prophylactiques de ce sujet avec cette autorité et cette compétence en hygiène qui lui ont donné entrée à l'Académie.

De bonne heure, M. Hillairet entra à l'hôpital Saint-Louis où il resta jusqu'au moment de sa retraite. Dès lors ses aptitudes de clinicien se tournèrent vers la dermatologie qui fut, avec l'hygiène, l'objet des préoccupations de son existence médicale. C'est à Saint-Louis que s'est développé le côté vraiment original de sa carrière hospitalière. Il fut, en effet, le créateur d'un service où il était possible aux hommes d'étude de comparer la physionomie de la pathogénie cutanée dans les classes aisées de la Société avec celle qu'elle peut présenter dans les autres salles de cet hôpital consacrées au traitement des pauvres. Ce n'est pas tout. Bientôt le pavillon Gabriel, théâtre de sa pratique dermatologique, où ses conférences cliniques attiraient de nombreux auditeurs, acquit une célébrité qui ne s'étendit pas seulement en France, mais jusque dans les deux hémisphères, et devint le rendez-vous d'affections exotiques de la peau que dans nul autre centre d'instruction, peut-être, il n'est permis d'observer dans des conditions aussi favorables. Les contributions de M. Hillairet au Musée de l'hôpital Saint-Louis, remarquables au milieu des richesses qui y sont accumulées, témoignent, du reste, de l'intérêt du service qu'il dirigeait. Aussi, dans ce milieu fécond, avait-il fait une ample moisson de matériaux précieux qu'il s'occupait à mettre en œuvre pour élever, comme couronnement de sa vie de praticien, un monument à l'histoire des maladies de la peau. Poignant eut été son chagrin s'il avait pu prévoir qu'il succomberait avant d'avoir mis la der-

des follicules de Graaf en voie d'évolution. Y a-t-il relation entre ce fait et la sécrétion lactée des nourrissons? Cela est possible. Dire que cela s'observe aussi bien chez les garçons que chez les filles, n'est pas une objection sérieuse, car un travail analogue à celui des ovaires peut se faire dans les testicules. L'ovule existe aussi bien chez le mâle que chez la femelle et, primitivement, on ne saurait distinguer l'un de l'autre. Vers 12 ou 13 ans, l'ovule mâle évolue pour aboutir à la formation des spermatozoïdes.

Ainsi la glande mâle et la glande femelle pourraient être comparées aux greniers d'abondance, par l'innombrable quantité de germes qu'ils ont en provision. Il y a plus. Le mot glande n'a pas raison d'être. L'ovaire est un organe qui favorise seulement la fonction, qui la mûrit, mais il ne crée pas l'ovule, car, suivant Waldeyer, celui-ci préexiste. Mieux encore. On le découvre dans les premiers linéaments de l'embryon. Celui-ci, encore informe, renferme déjà les germes d'une génération future.

Les évolutistes se sont beaucoup moqués de la théorie de l'emboîtement des germes, ou de la préformation qui eut cours au siècle dernier et dont le célèbre Haller fut le plus acharné défenseur. L'un d'eux, Hæckel, bien connu des savants par de remarquables travaux personnels, et de tous ceux qui s'intéressent à l'anthropogénie par son livre de vulgarisation, darwiniste convaincu, au besoin plus royaliste que le roi, écrivain et professeur doué de qualités synthétiques exceptionnelles, mais théoricien absolu, tournant les obstacles pour ne pas les voir, traite d'insanité le calcul de Haller, qui compte le nombre d'hommes que Dieu emboîta dans le corps d'Eve. Haller eut le tort d'écraser, du haut de son infaillibilité professorale, Frédéric Wolff, qui, malgré l'anathème, mais non sans en souffrir, continua de préparer à l'embryologie le chemin du progrès. Evidemment le calcul que fit le pape allemand de la physiologie, comme l'appelle Hæckel, est puéril; mais qu'est-ce que les 844,000 ovules comptés par le professeur Sappey sur les ovaires des petites filles, qu'est-ce que les tubes de Pflüger, ces chapelets qui s'égrènent, qu'est-ce que la préexistence de l'ovule à l'ovaire, qu'est-ce que l'apparition de ces germes antérieure non pas seulement à la forme humaine de l'embryon, mais à une forme commune, *en apparence*, au porc, au bœuf et au lapin, qu'est-ce que tout cela, sinon les fameux germes emboîtés? Au delà du microscope, il y a l'insaisissable. Parce qu'*ils voient* l'être humain passer par une série de métamorphoses, les évolutistes trouvent ridicules les préformistes qui croyaient que chaque germe contient en lui-même tous les organes, sous la forme, dans la position et la connexion qu'ils auront plus tard. La dernière partie de cette proposition est en effet fausse. Elle est le résultat de l'ignorance; mais l'idée reste juste, et conforme aux dernières découvertes de la science anatomique. Celle-ci a porté un coup sensible aux théories de Darwin, qui cependant doivent renfermer une notable part de vérité tant elles expliquent de choses.

De la préfécondation. — Une autre découverte, à notre avis une des plus intéressantes du siècle, qui vient compléter les précédentes et nous confirmer dans nos déductions,

---

nière main à cet ouvrage, dont il m'avait entretenu plusieurs fois et qu'il appelait son testament médical.

Reconnaissante de son assiduité à ses séances, de son dévouement et de la part prise à ses travaux, la Société des hôpitaux lui avait témoigné sa gratitude, comme elle a l'habitude de le faire envers ceux qui ont bien mérité d'elle, en l'appelant à la présidence. Il n'y a que peu d'années encore qu'il en occupait le fauteuil, où malgré les devoirs que lui imposaient ses multiples fonctions publiques, il ne fit jamais défaut.

Ce nouveau lien qui venait d'unir plus étroitement la Société au mort que nous pleurons, rend plus déchirante encore, ô cher Maître, l'heure des adieux, pour vos collègues et pour celui qui tient en grand honneur d'avoir été votre élève.

Ecole municipale d'infirmières. — L'Ecole municipale d'infirmières a ouvert ses cours professionnels le lundi 16 octobre, à huit heures du soir. L'enseignement comprendra les cours suivants:

Éléments d'anatomie : M. le docteur Duret. — Éléments de physiologie: M. le docteur P. Regnard. — Hygiène: M. le docteur Blondeau. — Pansements: M. le docteur Poirier. — Petite pharmacie : M. Yvon.

Soins à donner aux femmes enceintes : M. le docteur Budin.

Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à midi.

découverte niée, il est vrai, par une école dont la philosophie est le scepticisme scientifique et l'impartialité, mais qui s'en écarte quelquefois, est celle de la *préfécondation*, faite par M. Balbiani

Au professeur du Collège de France revient l'honneur d'avoir fourni la preuve anatomique d'un fait connu depuis longtemps des philosophes et des médecins par l'observation des lois de l'hérédité morale et physique. Dans tout ovule fécondé, c'est-à-dire dans tout germe apte à l'évolution, il y a trois parts, une part ancestrale, une part maternelle, une part paternelle. L'une peut l'emporter sur l'autre. Tout le monde sait qu'un enfant ne ressemble quelquefois ni à son père ni à sa mère, mais à un ancêtre, et n'hérite pas toujours des qualités, des défauts, des maladies de ceux qui l'ont procréé. Son apparence physique, sa constitution, ses aptitudes intellectuelles et morales rappellent celle d'un aïeul paternel ou maternel ou d'un parent collatéral. Par la découverte de M. Balbiani se trouve apaisée, longtemps après la mort des parties, la vieille querelle du XVIIIe siècle des animalculistes et des ovulistes. Le spermatozoïde et l'ovule ont chacun une part égale dans le phénomène de la fécondation. On a disputé fort et ferme sans que personne put s'entendre et tout le monde avait tort et raison, ce qui prouve une fois de plus, que dans toute erreur il y a une part de vérité.

Voici comment se fait la préfécondation. Au moment de la ponte, une des cellules épithéliales qui entourent l'œuf dans le follicule de Graaf, bourgeonne, pénètre dans l'œuf en conservant son individualité, refoule le vitellus et s'y enchâsse. A partir de ce moment commence l'évolution du nouvel être. Dans certaines espèces animales, cette évolution est complète. Il y a une véritable *parthénogenèse.* M. Barthélemy, en imaginant l'hermaphrodisme de l'œuf pour expliquer ce phénomène commun chez les pucerons, avait deviné juste.

Même chez les vertébrés, cette impulsion donnée au germe peut aller jusqu'à la segmentation. Dans l'espèce humaine, elle s'arrête à la formation du noyau vitellin; mais on peut considérer les phénomènes qui précèdent cette formation et qui surviennent toujours, qu'un spermatozoïde pénètre ou non dans l'œuf, c'est-à-dire la condensation du vitellus, les mouvements giratoires, la formation des globules polaires comme un *essai de parthénogenèse.* Surviennent maintenant les animalcules spermatiques, et l'œuf, au lieu de tomber dans le néant, continuera son évolution.

De leur côté, les spermatozoïdes naissent de la conjugaison, de la *copulation* de deux cellules, dont l'une peut être regardée comme représentant la part ancestrale et l'autre l'influence paternelle, de même que la cellule qui s'introduit dans l'ovule représente l'influence maternelle fécondant le germe emboîté des ancêtres.

Le germe subit-il d'autres influences que celles des aïeux d'où il descend et des parents qui lui donnent l'impulsion nécessaire à la vie ? C'est une question à résoudre pour la race humaine. Elle est tranchée pour certaines espèces animales. L'influence du premier fécondateur est durable. Les éleveurs enseignent qu'une jument de race qui a été saillie par un étalon demi-sang est perdue pour la reproduction et ne peut plus donner que des produits bâtards, quel que soit le mâle qui la couvre.

C'est par ce point d'interrogation que nous terminons cet exposé sommaire des découvertes de la science depuis vingt ans environ et des réflexions qu'elles nous ont suggérées. Le haut intérêt de la préfécondation et de la préformation, vieille doctrine rajeunie par les recherches de Pflüger, de Valentin, de Sappey, de Schrœn ne saurait échapper à personne.

Dr H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Rapport sur un travail intitulé : Note sur l'ulcération des artères au contact du pus; discussion. — Rapport sur des observations d'élongation des nerfs. — Rapport sur un cas de fracture du rachis traité par la compression et l'extension. — Communication : Observation de fistule recto-vaginale guérie par la section du périnée immédiatement suivie de l'opération de la périnéorrhaphie ; discussion. — Présentation de pièce pathologique. — Lecture : Sur la corde épiploïque dans les hernies.

M. Théophile Anger, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Polaillon et Farabeuf, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Humbert, intitulé : *Note sur l'ulcération des artères au contact du pus,* à propos de deux cas observés dans le cours de l'ostéomyélite aiguë.

Dans ce travail, M. Humbert, après avoir rappelé le remarquable rapport de M. Le Dentu

sur les ulcérations artérielles, et quelques faits publiés depuis, rapporte deux observations nouvelles d'hémorrhagies artérielles survenues dans le cours d'ostéomyélites aiguës.

Dans la première, il s'agit d'un enfant de 13 ans 1/2, atteint d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur droit. M. Humbert crut avoir affaire à une collection purulente de la région poplitée. L'incision, pratiquée pour ouvrir cette collection, ne donna issue qu'à du sang, et l'autopsie démontra que l'artère poplitée était perforée dans l'étendue d'un centimètre.

Dans la seconde observation de M. Humbert, l'origine artérielle de l'hémorrhagie est moins bien établie, en ce sens que le malade ayant guéri, il est permis de mettre en doute la perforation d'une artère aussi volumineuse que la poplitée.

Le sujet de l'observation est un jeune homme de 20 ans, chez lequel, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu du genou, s'était formée une collection liquide dans le creux poplité. M. Humbert, croyant à l'existence d'une collection purulente, pratiqua une incision qui donna issue à 300 grammes de sang.

Les jours suivants, le foyer suppura, exigea une contre-ouverture à la partie supérieure du mollet et, finalement, le malade guérit avec raideur du genou et tuméfaction notable de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Humbert laisse supposer que l'épanchement de sang a été fourni par une perforation de l'artère poplitée ou d'une de ses branches. M. Anger objecte que nous ne sommes pas habitués à voir guérir ces sortes de perforations, même spontanées ; tout au moins en résulte-t-il un anévrysme diffus. Mais alors, M. Humbert eût trouvé des caillots mélangés au sang qui s'échappait de la plaie. L'interprétation de cette hémorrhagie semble donc douteuse à M. Anger. Lui-même observe en ce moment, dans son service à l'hôpital Cochin, un malade qui a présenté des phénomènes analogues à ceux du malade de M. Humbert.

C'est un homme de 26 ans, au teint pâle, aux cheveux noirs ; il n'est ni syphilitique, ni alcoolique. Il n'a pas d'autre antécédent morbide qu'un rhumatisme à 12 ans et une fièvre typhoïde à 16 ou 17 ans.

Cet homme entra dans le service de M. Anger, le 28 septembre dernier, se plaignant d'une vive douleur dans le genou droit, et ne pouvant marcher.

L'examen du genou permet de constater que l'articulation est intacte et ne contient pas de liquide. L'extrémité inférieure du fémur est à peine tuméfiée. A la partie interne et inférieure, au-dessous des tendons des muscles de la patte d'oie, on sent, à la palpation, une fluctuation profonde peu appréciable, sans coloration ni œdème de la peau et des parties molles, comme si une nappe de liquide avait soulevé le périoste à la partie interne et inférieure du fémur, au-dessus des condyles.

A ce moment, le corps même du fémur ne paraissait pas notablement augmenté de volume. M. Anger diagnostiqua un abcès sous-périostique et ouvrit largement cette collection. A son grand étonnement, pas une goutte de pus ne sortit, mais une nappe abondante et continue de sang noirâtre d'abord, puis de sang veineux franc s'échappa à travers les lèvres de l'incision. Le doigt introduit dans la profondeur de la plaie constata que tout le triangle fémoral situé au-dessus et en arrière des condyles était dépourvu de périoste, rugueux comme une grosse râpe et couvert de petites aspérités. Plus de 300 grammes de sang s'écoulèrent des lèvres de la plaie, et, pour l'arrêter, M. Anger dut bourrer de gaze imprégnée de liqueur de Piazza tout le creux poplité et faire une compression locale avec l'ouate, depuis le pied jusqu'à mi-cuisse.

Le lendemain, fièvre vive ; température à 42°. Cette effervescence se calme peu à peu. Le premier pansement ne fut fait que quarante-huit heures après l'incision. Il s'écoula encore un peu de sang teignant en rouge les injections d'eau phéniquée. Néanmoins, M. Anger plaça deux tubes à drainage dans le fond du creux poplité. Depuis lors, l'état général s'est beaucoup amélioré.

En revanche, l'extrémité inférieure du fémur augmente rapidement de volume et le diagnostic exact n'est guère plus facile qu'avant l'incision du foyer sous-périostique.

L'obscurité qui règne sur le point de départ de l'hémorrhagie, dans ces deux cas, ne saurait faire oublier ceux déjà nombreux d'hémorrhagie provenant d'artères placées au milieu de foyers de suppuration. M. Anger a eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre sur des enfants traités en ville, l'un pour un abcès par congestion provenant d'un mal de Pott, l'autre pour une coxalgie suppurée.

Il s'agit, dans ce dernier cas, d'une petite fille âgée de six ans, dont la maladie datait de trente mois. L'abcès par congestion était venu s'ouvrir dans le voisinage du petit trochanter. Il n'existait, au moment de l'hémorrhagie, aucun tube à drainage dans le foyer; on ne saurait donc accuser le tube en caoutchouc d'avoir ulcéré la fémorale. L'hémorrhagie fut foudroyante et enleva l'enfant dans l'espace de quelques minutes, sans avoir été précédée de ces petites pertes de sang, signe avant-coureu ordinaire des hémorrhagies graves.

Dans l'autre cas, la petite malade, âgée de dix ans, était soignée depuis deux ans pour une coxalgie. La région du pli de l'aine était le siège de quatre orifices fistuleux qui fournissaient une suppuration abondante depuis plus de six mois. Cette enfant avait en outre les poumons envahis par des tubercules arrivés à la phase du ramollissement, et creusés de cavernes révélées par l'existence de gargouillements au sommet du poumon droit. La mort survint subitement à la suite d'une hémorrhagie de l'artère fémorale; tous les orifices fistuleux laissaient échapper du sang en abondance, et l'on n'eût pas le temps d'arriver au secours de la petite malade.

Ces deux faits ajoutés à beaucoup d'autres prouvent que les altérations des artères placées au milieu des foyers de suppuration, amènent à la longue la destruction des tuniques artérielles, quel que soit l'âge des sujets.

Ce n'est plus seulement la scarlatine que l'on doit accuser d'en être la cause prédisposante, mais aussi la phthisie. Il serait d'un grand intérêt d'étudier la pathogénie de ces altérations artérielles, de savoir si les tuniques des vaisseaux contiennent ou non des tubercules qui, en se ramollissant, auraient ouvert la voie au sang artériel.

C'est là une hypothèse probable, mais qui n'a pas encore reçu la confirmation des faits.

M. le rapporteur propose, en terminant, de renvoyer le travail de M. Humbert au comité de publication. (Adopté.)

M. Monod demande la parole, à l'occasion du rapport de M. Anger, pour communiquer deux observations qui lui sont personnelles, mais qui manquent malheureusement de la sanction de l'examen histologique. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un malade du service de M. Richet à l'Hôtel-Dieu, atteint d'abcès par congestion de la fosse iliaque, abcès que M. Monod, qui remplaçait M. Richet, avait ouvert et dans lequel il avait placé un tube à drainage recourbé en anse et passant au-dessus de l'artère fémorale.

Le malade fut pris subitement d'une hémorrhagie foudroyante de l'artère fémorale; heureusement M. Monod se trouvait là au moment de l'accident et put arrêter l'hémorrhagie par la ligature de la fémorale. Le malade mourut plus tard d'épuisement produit par la longue durée de la suppuration.

Par une coïncidence étrange, le même jour, pareil accident se produisait dans un service voisin dirigé par M. Pozzi. En l'absence de son collègue, M. Monod fut appelé auprès d'un malade atteint d'abcès froid de la région moyenne du bras, abcès qui avait été ouvert et traversé par un tube à drainage. Une hémorrhagie très abondante venait de se produire tout à coup. M. Monod parvint à découvrir la source de l'hémorrhagie fournie par une branche de l'artère humérale; cette branche fut liée et l'hémorrhagie s'arrêta; mais elle se reproduisit pendant la nuit et enleva rapidement le malade.

A l'autopsie, on constata sur l'artère deux ou trois perforations voisines les unes des autres. M. Monod regrette de ne pas avoir fait l'examen histologique de l'artère dans le but de rechercher s'il n'existait pas quelque lésion tuberculeuse des parois de celle-ci. Il ne croit pas que les drains placés dans les foyers des abcès doivent être incriminés, comme il l'avait pensé tout d'abord, car, dans beaucoup de faits semblables, on a vu l'hémorrhagie se produire dans des artères qui n'avaient eu aucun contact avec des tubes à drainage. Ces faits doivent être rapprochés de ceux communiqués par M. Anger.

M. Verneuil fait remarquer qu'il y a deux choses distinctes dans le rapport de M. Anger sur les observations de M. Humbert : 1° la présence du sang dans des collections liquides prises pour des abcès; 2° la production d'hémorrhagie dans des foyers de suppuration.

Un fait observé par M. Verneuil, à l'hôpital Lariboisière à l'époque où il avait pour internes MM. Humbert et Richelot, appartient à la première catégorie. Un jeune enfant était entré dans le service avec des accidents graves que M. Richelot, dans la section duquel se trouvait l'enfant, attribuait à un érysipèle phlegmoneux de la jambe. M. Verneuil croyant à un abcès sous-périostique datant de quatre ou cinq jours, pratiqua une large incision qui, à sa grande surprise, donna issue non à du pus mais à de la sérosité très chargée de sang. En explorant l'incision, il constata que le tibia était dénudé dans toute son étendue, comme dans un abcès sous périostique.

Quant à la question des hémorrhagies produites dans les foyers purulents, M. Verneuil continue à penser, comme il l'a déjà établi dans une thèse qu'il a fait faire par un de ses élèves, que l'on peut dénuder impunément les artères dans les opérations, sans avoir à craindre ni ulcérations ni hémorrhagies. Dans ces cas, lorsqu'il n'y a pas de septicémie, de fièvre chronique, les artères résistent très bien au contact du pus, lequel provoque seulement une périartérite qui épaissit et consolide la paroi artérielle. Mais s'il survient de la septicémie, ou une fièvre éruptive, scarlatine, etc., la membrane protectrice se résorbe et la paroi artérielle se ramollit, se sphacèle, s'ulcère.

M. Verneuil demande donc si dans les cas de M. Anger et de M. Monod, il n'y avait pas eu quelque état fébrile continu, quelques troubles de la santé générale antérieure à l'accident hémorrhagique.

M. Verneuil est, d'ailleurs, tout disposé à admettre l'hypothèse de M. Théophile Anger, de la possibilité de dépôts tuberculeux dans la gaîne lymphatique des vaisseaux artériels, comme cause de l'ulcération de la paroi artérielle et de l'hémorrhagie.

M. Després pense que, dans les deux cas de M. Monod, l'hémorrhagie a été produite par le contact du tube à drainage sur la paroi artérielle. Toutes les fois qu'on place un drain dans un foyer de suppuration, il faut placer l'anse du côté opposé aux vaisseaux du membre où siége l'abcès. En suivant ce précepte, M. Després n'a jamais eu d'hémorrhagie artérielle dans les foyers de suppuration. Ces hémorrhagies, en dehors de la cause qu'il vient d'indiquer, sont exceptionnelles, et M. Després partage complètement l'opinion exprimée par M. Verneuil à ce sujet, et qui, d'ailleurs, n'est pas nouvelle.

Dans les observations qui ont été communiquées, il s'agissait, suivant lui, non d'abcès froids, mais d'hématomes sous-périostiques, consécutifs à un mauvais état général voisin du scorbut.

M. Monod a cru, comme M. Després, que l'hémorrhagie, chez son premier malade, avait été causée par le contact du drain avec l'artère fémorale; mais, lorsqu'à l'autopsie du deuxième malade, il a vu l'artère criblée d'ulcérations multiples, l'influence de cette cause mécanique lui a semblé douteuse, d'autant plus qu'il existe dans la science de nombreux faits d'hémorrhagies artérielles dans des foyers d'abcès où n'avait été placé aucun tube à drainage.

A M. Verneuil, M. Monod répond que ses malades n'avaient eu ni fièvre antérieure, ni septicémie; mais ils étaient tuberculeux, et il est fort possible que, dans ces cas, le dépôt de tubercules dans la paroi artérielle prédispose celle-ci à la perforation spontanée et à l'hémorrhagie.

M. Marchand a eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, un homme de 32 à 33 ans, présentant au niveau de la partie supérieure et externe de la jambe une tuméfaction dont le maximum était au niveau de la tête du péroné et qui s'étendait vers le mollet. Elle était le siége d'une fluctuation profonde. M. Marchand crut à un abcès sous-périostique et pratiqua une large incision dans les parties superficielles, se contentant de diviser les parties profondes avec la sonde cannelée. Il se produisit un jet de sang artériel considérable, qui obligea M. Marchand à faire la ligature de la fémorale. En agrandissant l'incision pour découvrir la cause de l'accident, M. Marchand reconnut qu'il s'était fait une rupture spontanée de l'artère poplitée. Le malade succomba plus tard, sans lésion tuberculeuse, à une nouvelle hémorrhagie foudroyante qui ne permit pas d'arriver à temps à son secours.

M. Léon Labbé fut appelé, en 1867, pour un enfant de 13 ans qui avait été opéré par incision d'un abcès de la région sous-maxillaire. Dans la journée, se produisit tout à coup une hémorrhagie effrayante produite par une ulcération, comme à l'emporte-pièce, d'une branche de la carotide externe. M. Léon Labbé pratiqua la ligature de cette artère et le petit malade guérit.

M. Anger est heureux de voir confirmer par les faits l'hypothèse qu'il a émise sur la cause des hémorrhagies dans les foyers purulents. C'est à tort que M. Després invoque, pour expliquer ces hémorrhagies, la présence et le contact d'un drain avec la paroi artérielle. Le malade observé par M. Anger n'avait pas de drain, mais il était tuberculeux, et il est probable que l'hémorrhagie a été produite par le ramollissement d'un dépôt tuberculeux sur la paroi artérielle elle-même.

Répondant à la demande faite par M. Verneuil, M. Anger déclare qu'il a vu des cas d'hémorrhagie foudroyante dans des foyers de suppuration, sans maladie générale grave et sans septicémie.

— M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dieuze, chirurgien militaire, relatif à diverses observations d'élongation des nerfs dans des cas de paralysie traumatique.

— M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. le docteur Guermonprez, relative à un cas de fracture de la colonne vertébrale, traitée par la compression et l'extension du rachis.

— M. Monod communique une observation de fistule recto-vaginale traitée sans succès par les cautérisations successives, par le procédé américain, par le galvano-cautère, et qui a été complètement guérie à la suite d'une opération dans laquelle, après avoir incisé le périnée dans toute son étendue, M. Monod a pratiqué, immédiatement après, la périnéorrhaphie. M. Monod se plaît à reconnaître qu'il a été précédé dans cette voie par Ricord, par Dolbeau,

par Demarquay, par MM. Richet, Le Dentu et Léon Labbé, et par quelques chirurgiens étrangers. Il conclut que cette opération constitue une ressource précieuse pour la cure radicale des fistules recto-vaginales dont la guérison est si difficile à obtenir.

M. Desprès demande si les succès dont il est question n'ont pas été obtenus dans des cas de fistules recto-vulvaires, plutôt que dans des cas de fistules recto-vaginales. Il ne croit pas à la guérison de ces dernières par le procédé de M. Monod. Il est d'ailleurs fort difficile de dire où finit la vulve et où commence le vagin.

M. Léon Labbé ne saurait souscrire à l'opinion exprimée par M. Desprès. Il possède une observation authentique de guérison de fistule recto-vaginale, non recto-vulvaire, par le procédé de la périnéorrhaphie consécutive à l'incision du périnée.

— M. Monod met sous les yeux de ses colllègues une pièce pathologique curieuse provenant d'un malade opéré par M. Verneuil d'une tumeur du maxillaire inférieur. La portion d'os enlevée ressemble tout à fait pour la forme à un os du crâne. Le nerf dentaire a été respecté. Ce fait vient à l'appui des idées de M. Amédée Forget, qui a établi depuis longtemps déjà que, dans les tumeurs malignes du maxillaire inférieur, le nerf dentaire est détruit, tandis que dans les tumeurs bénignes, il est conservé.

— M. le docteur Bouilly, chirurgien des hôpitaux, lit un travail intitulé : *De la corde épiploïque dans les hernies*, renvoyé à l'examen de M. Nepveu. — A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de médecine*, numéro du 10 septembre 1882.

Rhumatisme osseux ou *ostéite rhumatismale*, par O. Cadiat. — L'auteur de ce mémoire, qui a déjà publié quelques observations et des études anatomiques sur cette affection improprement appelée rhumatisme goutteux, et qu'on appelle encore arthrite sèche, rhumatisme chronique, cite de nouveaux faits à l'appui de ses travaux antérieurs. Cette maladie dépend, non des articulations, mais des os, et en particulier de tous ceux qui renferment du tissu spongieux. Ici, c'est la tête du tibia qui est affectée; là, ce sont les pariétaux qui sont le siège d'un gonflement diffus et douloureux, pris pour un cancer ou pour une lésion syphilitique, mais reconnu rhumatismal par M. Charcot; ailleurs c'est un homme de 37 ans, réduit à une impotence complète parce qu'il est presque absolument ankylosé dans la plupart de ses articulations.

Il existe une autre forme de rhumatisme portant sur les os et caractérisée par l'atrophie de la substance osseuse. Enfin, il y a la forme synoviale chronique, se divisant en deux variétés : la synoviale articulaire et la synoviale tendineuse. Et l'auteur conclut : aux plus légères différences de structure correspondent des lésions spéciales, dépendant d'un état général constitutionnel, lésions qui varient chaque fois de forme anatomique avec le tissu lésé et la nature de la cause étiologique.

Recherches cliniques sur le rôle de la menstruation dans le cours des maladies mentales, par S. Danillo. — Dans ce travail très étendu, M. Danillo, médecin de la clinique de Saint-Pétersbourg, étudie d'abord au point de vue historique et bibliographique, puis au point de vue clinique et d'après de nombreuses observations, l'influence de la période menstruelle sur les aliénées, les unes chroniques et incurables, les autres aiguës et marchant vers la guérison, les exacerbations qu'amène la menstruation dans les diverses formes de folie et pendant la période de convalescence, les indications que peuvent donner ces phénomènes sur le véritable état mental des aliénés en voie de guérison, etc.

Un cas de décoloration rapide de la chevelure dans le cours de violentes névralgies du cuir chevelu, par Raymond. — C'est une observation de canitie survenue dans l'espace de cinq heures, et qui démontre qu'il ne faut pas traiter de fables tous les faits de ce genre. Elle se résume ainsi : névralgies multiples consécutives à de violentes émotions; prédominance de ces névralgies du côté du cuir chevelu; décoloration presque instantanée (en 5 heures) d'une très luxuriante chevelure noire; mélange en proportion à peu près égale de cheveux roux et de cheveux blancs, ceux de la partie postérieure de la tête restant seuls noirs; chute consécutive d'une grande partie des cheveux,

Kaposi, au nom de la physiologie, a rejeté en bloc tous les récits des faits concernant des naufragés, des condamnés à mort, etc., blanchissant subitement, en une seule nuit. L'observation de M. Raymond contredit cette manière de voir. Il suffit de lire un travail de M. Char-

cot, publié dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1861, p. 445 et suiv., pour voir que déjà depuis longtemps la réalité de semblables faits était admise. On admet de plus en plus aujourd'hui le rapport qui lie les altérations des nerfs aux altérations de la peau, y compris ses annexes, poils, ongles, épiderme, etc.

Note sur un cas de contracture hystérique ancienne, guérie subitement par l'administration d'une pilule fulminante (*mica panis*), par LANDOUZY et BALLET. — Le fait dont il est question dans cette note ne présente par lui-même rien que de très naturel et de bien connu : la guérison subite d'une manifestation hystérique sous l'influence d'une émotion morale vive, de la ferme croyance à un résultat ardemment désiré. Ce sont là des faits courants dont le médecin n'a pas le droit de se désintéresser, puisqu'ils peuvent servir autant à l'histoire de la pathogénie des accidents hystériques qu'à l'étude de leur traitement.

Deux cas d'intoxication par l'acide phénique, par SPRINGER. — C'est l'histoire de deux malades du service de M. le professeur Bouchard, atteints de fièvre typhoïde, et à qui fut donné en lavement, au lieu des 50 centigrammes d'acide phénique prescrits par le chef de service, environ 48 grammes de la même substance. Les deux cas, d'ailleurs, se terminent par la guérison.

Contribution à l'étude de la paralysie diphthéritique, par H. LEROUX. — L'auteur a observé, dans le service de M. le professeur Parrot, un cas de paralysie diphthéritique caractérisé par des troubles bizarres de la marche qui le rapprochaient de l'ataxie locomotrice. Il lui a paru intéressant de le comparer à d'autres cas épars dans la littérature médicale, pour en faire ressortir les analogies et les dissemblances, et en esquisser une explication physiologique.

Sur quelques travaux relatifs à l'albuminurie et à la pathologie rénale, par R. LÉPINE. — Cette *Revue générale*, dont nous avons annoncé le début dans un précédent numéro, n'est pas encore terminée. Le présent chapitre roule sur les *lésions de la néphrite scarlatineuse.*

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les étudiants, inscrits à l'Ecole pratique pour le cours d'automne de médecine opératoire, sont invités à demander immédiatement au secrétariat le bulletin de versement qui leur est nécessaire pour verser la somme de quarante francs à la caisse du receveur des droits universitaires.

MM. les étudiants de troisième année qui sont obligés de disséquer dès le commencement du semestre d'hiver, peuvent se faire inscrire à l'Ecole pratique avant d'avoir pris leur inscription de novembre.

LES PHARMACIENS. — Depuis quelque temps, des plaintes parvenaient à l'Ecole de pharmacie contre certains pharmaciens qui refusent de recevoir dans leur officine des blessés ou des malades relevés sur la voie publique, prétendant que la réception de ces personnes leur fait du tort auprès de leur clientèle.

Le directeur de l'Ecole de pharmacie vient de rappeler à tous les pharmaciens que l'une des conditions de l'ouverture d'une officine est de recevoir tous malades ou blessés qui ont besoin de soins urgents.

Les pharmaciens ne sont d'ailleurs pas obligés de fournir gratuitement les médicaments employés ; si les personnes portées chez eux ne peuvent en acquitter le prix, le remboursement s'opère par les soins du commissaire de police du quartier où l'accident est arrivé.

Le directeur de l'Ecole rappelle en outre aux pharmaciens que les soins et les médicaments ne doivent être donnés que par eux ou par leurs élèves, et que ces derniers doivent être inscrits à l'Ecole de pharmacie. (*France médicale.*)

— Un legs vient d'être fait à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris. M. Henry Dodd, sujet anglais, qui vient de mourir, a laissé, par testament, à cet établissement, une somme de 5,000 livres sterling, soit environ 125,000 francs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 27 octobre 1882.

Ordre du jour : Communications diverses.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 24 octobre 1882. — L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Paris et qui ne fait pas mine de rétrocéder, ne pouvait manquer d'occuper l'Académie, et d'y susciter un important débat. Jamais ce corps savant n'utilisera mieux ses loisirs qu'en cherchant une fois de plus à découvrir les causes de ce redoutable fléau et les mesures de prophylaxie qu'on peut lui opposer. Trop d'hommes compétents, trop de physiologistes et de médecins expérimentés sont réunis dans cette enceinte, pour que du choc de leurs idées ne sorte pas, au milieu des évènements qui nous pressent de penser et d'agir, quelque lumière nouvelle.

L'ouverture de cette discussion nécessaire est due à M. Marjolin. Le cœur de ce vieux clinicien, qui est en même temps un excellent homme, s'est ému à la vue des misères au milieu desquelles croupit une notable partie de la population parisienne. Ce courageux protecteur des enfants, ce champion des améliorations hospitalières vient encore nous parler de mesures à prendre, de lois à faire ou à remettre en vigueur, et cherche une fois de plus à secouer, d'une main honnête et vigoureuse, les routines administratives.

Il a visité des familles pauvres et d'ignobles taudis dans le onzième, le treizième et le dix-neuvième arrondissement. Connaissez-vous la cité Jeanne-d'Arc, dans la rue Nationale, près du boulevard de la Gare? C'est là que vivent et meurent, entassés dans des chambres où l'air et la lumière sont inconnus, près de cours sillonnées d'ornières où pourrissent d'infects détritus, des familles dont l'orateur nous trace de navrants tableaux. Dans un local exigu, cinq ou six enfants; un d'entre eux est atteint de la fièvre typhoïde; sur le lit une jeune fille morte depuis deux jours. Pourquoi ne l'ont-ils pas portée à l'hôpital? Ils aimaient cette enfant et n'ont pas voulu s'en séparer. Elle ne sera enterrée que demain; toute la famille couchera encore cette nuit à côté d'elle.

O mesures édictées par les commissions! Vous nous prescrivez d'isoler les malades, et ils sont huit ou dix pêle-mêle dans une seule pièce ; de mettre le lit au milieu de la chambre, et c'est à peine si, avec un escabeau et un poêle, on peut s'y retourner ; de plonger les vêtements dans une solution d'acide phénique, et il n'y a pas d'eau dans la maison; de faire blanchir le linge, et cette femme qui donne le sein à son enfant, vous voyez bien qu'elle n'a pas de chemise !

Quand on a vu ces taudis, ces accumulations, ces ornières, ces immondices, peut-on demander encore d'où vient une épidémie ?

Que devons-nous faire? La loi sur les logements insalubres est lettre morte ; si incomplète qu'elle soit, il faut la faire revivre. « En dehors du clergé, dit l'orateur, je ne connais pas de puissance plus grande que celle du médecin. »

Dans le discours de M. Marjolin, certains points ne pouvaient manquer d'être relevés. Et d'abord, le médecin est-il si puissant, quand il s'agit d'obtenir un mouvement de l'administration ? Il se heurte, au contraire, à des difficultés sans nombre, à des impossibilités. Heureusement M. Larrey nous annonce « un courant général » ; il paraît décidément que « l'autorité va être émue ». En vérité !

Le Conseil municipal se plaint en ce moment de l'Assistance publique, de sa lenteur à créer des lits, à ouvrir des hôpitaux, et il a bien raison. Mais il a compté sans M. Bouley, qui à son tour lui reproche l'accumulation de la population parisienne refoulée à la périphérie par la démolition de beaucoup de rues centrales où

il y avait des logements relativement salubres, et que rien jusqu'ici n'a remplacés. Il faut que le Conseil municipal en construise de nouveaux ; s'il n'a pas d'argent, qu'il emprunte ! Le Havre et Mulhouse ont résolu le problème ; dans une ville comme Paris, ce « grouillement abominable est une honte. »

Mais où les paroles de M. Marjolin ne pouvaient rester sans réponse, c'est quand il a montré l'insuffisance des mesures prescrites par le Conseil d'hygiène et de salubrité. Les journaux ont publié un Questionnaire émané de ce conseil, qui doit être envoyé aux Commissions d'hygiène et de salubrité de Paris et de la banlieue, ainsi qu'aux membres du Corps médical, et qui renferme les éléments d'une enquête sur les causes de la propagation de la fièvre typhoïde. En même temps a été rédigée une instruction sur les précautions à prendre contre le fléau, isolement des malades, aération des chambres, désinfection des vêtements, etc. Pouvait-on mieux faire ? Et parce que l'instruction n'est pas applicable à tous les taudis qui ont si fort attristé M. Marjolin, faut-il la déclarer totalement illusoire ? Ainsi ne pensent pas MM. Larrey et Dujardin-Beaumetz, membres dudit Conseil.

Avec ces derniers, auxquels se joignent MM. Lagneau, Proust et Maurice Perrin, la discussion tend à s'élargir. Les justes doléances de M. Marjolin ont mis en mouvement la machine académique ; on se répond, on objecte, on rectifie, mais au fond tout le monde est d'accord.

Sur la proposition de M. Hardy, président, la fièvre typhoïde et l'épidémie actuelle restent à l'ordre du jour. L'Académie doit en être félicitée, car il y a des questions, comme le disait Dufaure et comme l'a rappelé fort à propos M. Marjolin, autour desquelles il faut faire « une saine agitation. » — L.-G. R.

CLINIQUE INTERNE

INTOXICATION PAR LE VULNÉRAIRE ET L'EAU DE MÉLISSE. — HYPERESTHÉSIE GÉNÉRALISÉE ET PARÉSIE DES MEMBRES.

Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. Lancereaux,
Membre de l'Académie de médecine.

Recueillies par le docteur Bruchet, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — (Voir le numéro du 24 octobre.)

Les renseignements venaient ainsi confirmer, de tous points, notre diagnostic ; mais d'ailleurs, les désordres nerveux, en présence desquels nous nous trouvions, pouvaient difficilement reconnaître une origine autre, qu'une intoxication par excès de boisson. A la vérité, il n'y a pas que l'alcoolisme qui détermine des paralysies périphériques, et comme notre malade avait tenté de s'asphyxier trois ans auparavant, on aurait pu attribuer sa paralysie à un empoisonnement oxycarboné. Cet empoisonnement, comme vous le savez, donne parfois lieu à des paralysies limitées, voire même à des hémiplégies, mais jamais à des paralysies symétriques comme dans le cas qui nous occupe.

Pouvait-on, d'autre part, rattacher de pareils désordres à une lésion encéphalique circonscrite ? C'était impossible, car où placer une lésion qui affecterait d'une façon symétrique les quatre membres, tous les nerfs intercostaux ? Une lésion diffuse eut été plus acceptable, en admettant toutefois que l'encéphale et la moelle eussent été simultanément atteints ; mais nous ne trouvions chez notre malade ni les symptômes, ni la marche de la paralysie générale (périencéphalite diffuse). Tout au contraire, nous observions des phénomènes absolument identiques à ceux que, dans des leçons faites ici même et recueillies par le docteur Gauthier (1), nous avons attribués à l'intempérance.

L'indication thérapeutique, dans ce cas particulier qui, de suite, nous parut des plus graves, était de calmer la malade ; car celle-ci très agitée, ne dormait pas, elle

(1) Voyez *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Paris, 1881.

avait des cauchemars et des hallucinations. L'hydrate de chloral et l'opium sont les agents les mieux appropriés pour remplir ce but. Toutefois, le chloral n'étant pas bien supporté, l'extrait gommeux d'opium fut administré à la dose de 15 centigrammes par jour. Ce médicament produisit un calme relatif, mais sans amélioration appréciable de l'état général.

Le 18 février, la poitrine se couvrit de petits boutons rouges qui ne tardèrent pas à disparaître. Le 20, le membre inférieur gauche commença à s'œdématier et les veines sous-cutanées étaient manifestement dilatées; il existait une thrombose veineuse, les jambes un peu raides se trouvaient légèrement fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin. Le 24 au matin, la malade, toujours dans le décubitus dorsal, avait la figure sans expression, recouverte d'une éruption rouge, papuleuse, groupée sous forme de plaques, les paupières fermées, la bouche entr'ouverte, les lèvres tuméfiées; semblable éruption existait au niveau des articulations, des coudes et des genoux. Elle formait une sorte de couronne au pourtour des rotules; sur le tronc, on voyait de larges plaques en avant et en arrière du thorax, et jusque sur la région lombaire. Cette éruption, qui apparut tout à coup, avait une grande ressemblance avec celle d'une variole hémorrhagique à son début.

Etait-ce une variole? Je ne le crois pas, à cause de l'absence de prodromes; la température, le 23, était de 38° seulement; le 24 au matin, de 39° et le soir de 40°.

En tenant compte de la disposition de l'éruption siégeant de préférence au pourtour des articulations, on pouvait penser à une éruption d'origine nerveuse, mais il était prudent de réserver le diagnostic. A ce moment, les désordres nerveux persistaient comme auparavant, il suffisait du plus léger chatouillement pour tirer la malade de sa torpeur et lui faire pousser des gémissements. La mort survint dans le coma, le jour même, à 9 heures du soir.

L'examen du cadavre, auquel vous allez assister, vous permettra de constater l'existence de lésions qui se rattachent manifestement à l'abus des boissons alcooliques, savoir : abondance du tissu cellulo-adipeux de la paroi abdominale, surcharge graisseuse des épiploons, du mésentère, de la capsule celluleuse du rein, du péricarde, état gras du foie et des reins qui sont un peu pâles. La membrane muqueuse de l'estomac est ardoisée et couverte de plaques rouges; les intestins sont normaux. L'utérus ne présente rien de spécial. Il existe une thrombose de la veine fémorale gauche, qui avait été reconnue pendant la vie.

Les muscles, notamment ceux de la région lombaire, sont pâles, graisseux, friables. Le cœur est chargé de graisse sur toute son étendue, même à la pointe; les parois en sont minces, flasques, jaunes et friables ; cet organe renferme du sang fluide et un seul petit caillot fibrineux à droite; ses valvules sont saines, il existe seulement sur les sigmoïdes aortiques quelques petites végétations papilliformes au niveau des nodules d'Aranzi. L'aorte est pour ainsi dire intacte, car elle présente à peine quelques plaques graisseuses, disséminées et non saillantes. Vous entendez dire fréquemment que l'alcoolisme produit l'athérome; c'est une erreur complète; jamais je n'ai trouvé d'athérome chez les buveurs, aussi serait-il plus exact de soutenir la proposition inverse. En effet, l'altération artérielle en question se rencontre chez des personnes nerveuses, le plus souvent dyspeptiques, et pour ce fait, nullement disposées à se livrer aux excès de boisson.

Les poumons sont le siège de quelques adhérences; induration scléreuse du sommet droit.

Dans les centres nerveux, comme je vous l'avais annoncé, il n'existe aucune lésion pouvant rendre compte des phénomènes observés; absence totale de périencéphalite.

Le crâne est sclérosé, les corpuscules de Pacchioni sont volumineux et abondants; les méninges, opalines à leur convexité et à peine injectées, se détachent avec la plus grande facilité; les circonvolutions sont fermes, pâles, anémiées. L'incision de la masse encéphalique, pratiquée avec grand soin, ne parvient à mettre à découvert aucune altération anatomique, si ce n'est un léger pointillé de la subs-

tance blanche, conséquence de dilatations capillaires. Les méninges spinales et l moelle épinière ont des apparences tout à fait normales.

Nous avons enlevé les nerfs cutanés et musculaires afin d'en faire un examen histologique approfondi. Ces nerfs étaient altérés dans les cas de paralysie alcoolique que nous avons publiés autrefois. Il en est de même ici. C'est un point qui mérite notre attention d'autant plus que les lésions des nerfs et surtout celle des extrémités nerveuses ont été, jusqu'à présent, fort peu étudiées.

En résumé, la malade, qui vient de passer sous vos yeux, offre un exemple frappant d'une forme d'intoxication alcoolique chronique, ayant pour caractère spécial de se traduire tout à la fois par des désordres symétriques de la sensibilité, et une paralysie portant principalement sur les muscles des extrémités des membres. C'est là une affection grave, car je connais seulement deux cas de ce genre qui n'aient pas été suivis de mort. Il s'agissait d'absinthiques atteints d'une paralysie légère des extenseurs des quatres membres, qui, après un séjour de six mois, quittèrent le service, il y a peu de temps, dans un état d'amélioration sensible. Ils conservaient un certain degré de faiblesse musculaire, mais leur santé générale était bonne. Tous les autres malades de ce genre, que j'ai eu à soigner, se sont présentés dans une période avancée de la maladie et ont succombé.

Les accidents en question, plus communs chez la femme que chez l'homme, sont généralement méconnus et confondus, lorsqu'ils sont peu avancés, tantôt avec l'hystérie, tantôt avec une paralysie quelconque, la paralysie générale notamment. Inutile de rappeler qu'ils se distinguent nettement de la première de ces maladies par leurs manifestations particulières, et de la seconde par l'absence de lésions de l'écorce cérébrale. Ils se rencontrent, de préférence, chez des personnes qui font usage de l' « absinthe », du « vulnéraire » et de « l'amer picon » etc C'est ce qui m'a fait vous dire que les huiles essentielles, ajoutées au liquide alcoolique, jouent certainement un rôle important dans leur production.

MÉDECINE LÉGALE

LES MOUVEMENTS CADAVÉRIQUES.

Le *Journal de médecine et de pharmacie* de l'Algérie (septembre 1882) a publié un travail de MM. Puga-Borne et Ricardo Canuon (de Valparaiso) sur les mouvements, *post mortem*, du cadavre d'une femme. Ces mouvements avaient motivé, paraît-il, une enquête et une expertise médico-légale.

Les mouvements qu'on observe après la mort sont nombreux : 1° les *mouvements microscopiques*, brownien et vibratil : le premier indépendant de la vie, le deuxième persistant 30 heures après la mort ; — 2° les *mouvements dûs à la rigidité cadavérique*, produits par l'endurcissement des muscles (flexion du pouce sur la paume de la main, élévation de la mâchoire inférieure) ; — 3° les *mouvements des tissus élastiques*, la rétraction des parois artérielles, par exemple ; — 4° les *mouvements par contraction spontanée des muscles de la vie organique* : tels que la défécation, la miction *post mortem* ; — 5° les *mouvements du cœur* ; — 6° les *mouvements par contraction spontanée des muscles de la vie de relation* : telles sont les palpitations musculaires par irritation des fibres musculaires au contact de l'air ; — 7° les *mouvements spontanés des membres chez les cholériques* : on connaît les exemples de soldats indiens, dont on était obligé de lier les membres après la mort (*Choléra Gazette*, 1832) ; et le fait souvent cité dont M. Brown-Séquard fut témoin en 1848, à l'hôpital du Gros-Caillou ; — 8° les *mouvements causés par la putréfaction*, dus à la résolution musculaire consécutive à la cessation de la rigidité cadavérique, ou au ballonnement produit par les gaz ; — 9° les *mouvements par l'excitation directe des fibres musculaires*, tels que ceux de la contraction nommée idio-musculaire ; — 10° les *mouvements par excitation directe des nerfs moteurs* ; — 11° les *mouvements par excitation des nerfs sensitifs* : tels sont les mouvements réflexes du cœur, des voies digestives et des conduits excréteurs.

Ces mouvements n'indiquent donc pas la persistance de la vie, comme on le croit vulgairement. D'ailleurs, le genre de mort a une influence sur la portée de la production de ces mouvements de la *période crépusculaire de la vie*. Ce fait, que les médecins de Valparaiso ne

mentionnent pas, résulte des travaux récents de M. Brown-Séquard sur les propriétés du système nerveux. — C. E.

THÉRAPEUTIQUE

ANALYSES DE LA PEPTONE DEFRESNE.

Les expériences de M. Debove, à Bicêtre, celles de M. Dujardin-Baumetz, à Saint-Antoine, ont démontré que dans les cachexies, qu'elles soient le résultat de maladies aiguës ou chroniques, le phénomène qu'il faut combattre d'abord c'est la misère physiologique.

Les poudres de viande du docteur Debove, les Peptones de M. Defresne, peuvent alors être utilisées; nous avons quelquefois employé ces dernières, et nous pensons intéresser nos confrères en leur en faisant connaître la composition.

Analyses (1) *de la Peptone Defresne.* — « Cette peptone est un liquide limpide acide, de couleur rougeâtre, de saveur assez voisine de celle du jus de viande rôtie, de densité de 1,14 à la température de 10° centigrades.

« Desséchée à la température ordinaire dans une capsule à fond plat, en présence de l'acide sulfurique,

« La Peptone Defresne laisse 46,43 parties de résidu pour 100 parties.

« *Alcool.* — 100 gr. de Peptone ou 87^cc^,7, ont donné à la distillation au bain saturé de sel marin (par une distillation de 5 heures et après une addition d'eau distillée), 5^cc^,05 d'alcool ou 5^cc^,75 d'alcool pour 100^cc^ de peptone.

« *Sels minéraux.* — L'incinération donne un poids de sels minéraux qui a varié de 2,08 à 2,12 par 100 gr. de peptone.

« *Acide phosphorique.* — La Peptone a été additionnée de 5 pour 100 de son poids de carbonate de soude pur, évaporée, carbonisée, partiellement incinérée et le résidu épuisé par l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique.

La partie non dissoute a été incinérée et traitée de nouveau par l'eau acidulée.

100 gr. de peptone donnent 0 gr. 6863 d'acide phosphorique Ph. O^5.

100 gr. de peptone donnent 0 gr. 6952 d'acide phosphorique Ph. O^5.

Moyenne 0,69075 d'acide phosphorique pour 100 parties de peptone.

Le dosage a été fait à l'état de pyrophosphate d'Urane, méthode des pesées.

En résumé:

Acide phosphorique................	0,69075	
Chlorure de sodium................	0,67625	2,08
Potasse, chaux, fer, acide sulfurique..	0,7131	

Ni le sulfate d'ammoniaque, ni le sulfate de magnésie même après une addition d'acide, ne précipitent la Peptone Defresne, *c'est la preuve que ce liquide ne contient ni albumine, ni fibrine dissoute, ni aucun produit analogue au sérum du sang qui n'ait été transformé en Peptone.*

La recherche de la glycose n'a donné que des résultats négatifs.

Azote. — L'azote existe en deux états principaux dans ce produit: 1° comme élément organique de la Peptone; 2° à l'état de sel ammoniacal de très facile décomposition, et dans ce dernier cas en très minime quantité.

Pour se convaincre de ce dernier état de l'azote, il suffit de placer dans un flacon quelques grammes de Peptone, puis 1 gr. environ de cristaux de carbonate de soude pur, et de plonger dans le flacon à froid, un papier de tournesol rougi, ce papier bleuit rapidement et l'odeur de l'ammoniaque est manifeste. L'azote de la Peptone a été dosé par la méthode de Will et Warentrapp (pesée du chlorhydroplatinate de potassium sec et incinération du sel platinique) ; j'ai obtenu 0 gr. 391 — 0 gr. 385 — 0 gr. 4008, d'azote pour 1 gr. de Peptone liquide. Ce poids ne représente que celui qui appartient à la Peptone et non les traces d'azote qui font partie des sels ammoniacaux mis en évidence par l'essai précédent.

Les nombres précédents indiquent 25 *pour cent de Peptone sèche et pure dans la Peptone liquide de M. Defresne.*

(1) Ces analyses ont été résumées dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 mars 1881 et dans la *Tribune médicale* du 20 mars de la même année.

Elles ont été répétées par le docteur D. Freire, professeur à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, et elles se trouvent insérées dans le compte rendu annuel des travaux de cette Faculté.

L'alcool absolu agissant sur la Peptone Defresne en consistance très épaisse, donne 27 *parties* 4266 de Peptone sèche, mais le liquide alcoolique retient de la Peptone unie à la glycérine ajoutée à ce produit dans un but de conservation. Malgré les nombreux essais, je n'ai pu éviter la dissolution partielle de la Peptone par le liquide alcoolique et par conséquent séparer strictement la glycérine de la Peptone même après une addition d'éther ; mes résultats indiquent à peu près 15 à 16 gr. de glycérine desséchée à froid en présence de l'acide sulfurique.

D'autre part, en déduisant 2 gr. de sels minéraux de 27 gr. 4 indiqués par l'expérience précédente, il resterait 25 gr. 4 de Peptone pure, ce chiffre est très voisin de la vérité.

Résumé de l'analyse de la Peptone Defresne.

4 grammes azote ou peptone sèche....	25 gr.	100
Acide phosphorique................	0 gr. 69075	
Chlorure de sodium................	0 gr. 67625	
Potasse, chaux, fer, acide sulfurique..	0 gr. 71310	
Alcool..........................	5 gr. 75	
Glycérine.......................	15 gr. »	
Eau.............................	51 gr. 83	

Analyse du docteur Domingues Freire,
Professeur à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro.

La Peptone Defresne est de couleur rouge fauve, son odeur est agréable, son arome se rapproche de celui de la viande rôtie.

Elle marque 16° à l'aréomètre de Baumé, elle ne se trouble ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique; l'alun, le ferro-cyanure de potassium ne la précipitent pas. Le réactif de Milon donne une coloration rouge au précipité; l'alcool fort y détermine un précipité qui se redissout dans l'eau.

Le sulfate de cuivre alcalinisé y donne la réaction propre aux Peptones, c'est-à-dire la succession des couleurs roses, rouges et violacées. La Peptone Defresne est constituée par une solution de Peptone contenant un peu de chlorure de sodium formé pendant la préparation, nous n'y avons trouvé aucune trace de gélatine, nous nous en sommes assurés au moyen du sulfate de magnésie avec lequel nous avons saturé cette préparation; essayée ainsi, elle n'a donné aucune espèce de précipité. Nous avons confirmé ce résultat en employant l'acide valérianique réactif découvert par nous-même, pour caractériser la gélatine. En effet, une solution de gélatine forme avec l'acide valérianique une émulsion blanche et laiteuse, tandis qu'une solution de Peptone ne donne pas naissance à ce phénomène.

Cette Peptone laisse 28 pour 100 de résidu à l'étuve à 120° et contient 2 gr. 20 pour 100 de sels minéraux.

Docteur VÉRAX.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1882. — Présidence de M. HARDY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Challaud, sur la situation sanitaire de la ville de Perpignan. (Présenté en séance par M. Larrey.)

2° Un rapport de M. le docteur Reeb, médecin principal de 1re classe, sur le service médical de l'hôpital thermal de Bourbonne pour l'année 1881.

3° Un travail de M. Peschwind, médecin principal de 1re classe, contenant la relation d'une épidémie de fièvre scarlatine qui a sévi sur le 6e bataillon de chasseurs en garnison à Romorantin.

4° Une note de M. le docteur Sorel, médecin-major à Sétif, intitulée : *Recherche de la glycosurie chez les paludiques.* (Présentée par M. Léon Colin.)

5° Une note de M. le docteur Souloumac, relative à une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la commune de Maynal (Jura). Présentée par M. Jaccoud.

6° Un travail manuscrit de M. le docteur Bernier, de Bournonville, sur le traitement de la métrite par le chalumeau-cautère.

7° Un travail de M. de Saint-Martin sur une forme de gazomètre propre à divers usages médicaux et physiologiques.

8° Un pli cacheté adressé par M. Alliot. (Accepté.)

—

M. le président Hardy présente, au nom de M. le docteur Burdel, membre correspondant, une brochure sur l'impaludisme.

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. le docteur Jacob, médecin principal, un appareil destiné à injecter des gaz et des liquides, par la trompe d'Eustache, dans l'oreille moyenne.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom du Conseil d'hygiène, le *Questionnaire* adressé par ce Conseil aux médecins, à l'occasion de l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.

M. Dujardin-Beaumetz présente, en outre, au nom de M. le docteur Maurice Dupont, un appareil d'aérothérapie.

M. Villemin communique, au nom de M. le docteur Véron (de Philippeville) un cas d'abcès du foie traité par une large incision qui a donné issue à deux litres et demi de liquide; le malade a succombé en quarante-huit heures à une péritonite suraiguë.

M. Jules Rochard fait observer qu'il importe, dans les cas d'abcès du foie, de ne pas se hâter de faire l'ouverture et d'attendre la formation des adhérences, afin d'éviter les accidents de péritonite.

M. Jules Béclard présente, au nom de MM. Cornil et Ranvier, un exemplaire de la deuxième édition de leur *Manuel d'histologie pathologique*, en deux volumes.

—

M. Marjolin fait une communication sur la nécessité d'exécuter la loi sur les logements insalubres.

Il rappelle la communication qu'il a faite, il y a deux ans, relative à l'influence désastreuse que les logements insalubres exercent sur la population des grandes villes.

Il saisit l'occasion de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement sur Paris pour demander que la loi sur les logements insalubres ne reste pas pour ainsi dire à l'état de lettre morte; car, bien que très imparfaite, si elle était appliquée sérieusement, elle amènerait encore de notables améliorations et l'on ne verrait pas de malheureuses familles vivre dans des taudis d'une insalubrité telle qu'ils devraient être fermés et interdits au nom de la loi et dans l'intérêt commun.

C'est aussi le moment, suivant lui, d'exposer de nouveau combien sont insuffisantes les ressources dont dispose l'Assistance publique lorsqu'une épidémie se manifeste au milieu d'une population aussi considérable que celle de Paris.

Enfin, les mesures d'hygiène prescrites dans la circonstance actuelle sont-elles véritablement d'une application possible dans toutes les familles au milieu desquelles la fièvre typhoïde s'est déclarée.

Pour ce qui est de l'insalubrité des logements, M. Marjolin répète que malgré les plus louables efforts des commissions locales, malgré tout ce qui a été dit dans la presse et dans les rapports des médecins dévoilant toute la gravité du mal et ses dangers, les choses sont restées à peu près dans le même état que par le passé.

Ainsi, pour ne citer que le 13e arrondissement, que M. Marjolin a visité hier encore, il n'a pas constaté des améliorations bien notables, et si, grâce au rapport de M. le docteur Du Mesnil, la cité des Kroumirs n'existe plus qu'à l'état de vestige, la cité Doré n'a subi aucun changement. Quant à la cité Jeanne-d'Arc, il est vrai qu'on a amélioré un peu les passages, facilité l'écoulement des eaux ménagères, bouché les crevasses les plus apparentes des murs, ainsi que les trous des sondages ordonnés par les architectes de la ville; on a mis aussi des portes aux latrines, on a également condamné des boutiques abandonnées servant de refuges aux vagabonds, mais ces réparations indispensables ne peuvent pas être considérées comme des améliorations suffisantes.

Ainsi les latrines qui, malgré l'ordonnance, sont dépourvues d'une fermeture automatique, répandent en tout temps une odeur infecte dans ces corps de bâtiment dont les couloirs ne reçoivent que très imparfaitement de l'air et du jour.

Il serait du reste bien difficile d'arriver à la bonne tenue des latrines dans des maisons habitées par des centaines d'individus, dont beaucoup se font un plaisir de tout salir et tout dégrader.

D'autres localités des 11e et 19e arrondissements présentent les mêmes conditions déplorables d'insalubrité, faute d'application de la loi.

Nous trouvant ainsi désarmés en face de l'ennemi, ne serait-ce pas le moment de réclamer, dans l'intérêt public, des mesures d'urgence et des inspections, non pas seulement dans les maisons où il y a des malades ou des décès, mais dans toutes celles signalées pour leur malpropreté, leur mauvaise tenue, notamment les garnis.

L'Assistance publique possède déjà de nombreux documents fournis par ses visiteurs; que l'on commence donc à les utiliser !

Il est très regrettable que l'Assistance publique, depuis le temps où l'on a signalé les dangers de l'encombrement et de l'occupation prolongée des salles, n'ait pas mis à profit ce que l'expérience avait démontré dans les hôpitaux militaires, et qu'elle n'ait pas également adopté le système de l'alternance en consacrant, dans chaque hôpital, une ou deux salles pour cet usage.

Dans les moments d'épidémies ou lors des accidents imprévus, ces réserves de lits seraient d'une grande utilité et l'on ne serait pas obligé, comme cela arrive actuellement, d'encombrer les services de lits supplémentaires, ce qui est contraire à toutes les règles de l'hygiène.

Quant aux instructions qui viennent d'être publiées au nom du Conseil supérieur d'hygiène, ces prescriptions, fort sages à la vérité, ne peuvent réellement être mises en pratique que dans des ménages aisés, ce qu'il démontre, en examinant successivement chacun des paragraphes de l'instruction.

La conclusion de M. Marjolin est la suivante : Il faut que les médecins qui ont l'oreille du pouvoir appellent l'attention sérieuse de l'autorité sur la nécessité et l'urgence de l'application de la loi sur les logements insalubres; ils obtiendront tout ce qu'ils voudront demander. (Mouvements divers et nombreux signes d'incrédulité.)

M. Larrey fait observer que toutes les questions soulevées dans la communication de M. Marjolin ont été agitées et très longuement discutées dans les séances du Conseil d'hygiène et de salubrité. Le conseil a été obligé de tenir compte des difficultés et des impossibilités matérielles que présentent les solutions de ces questions diverses, surtout en ce qui concerne l'insalubrité des locaux habités par les classes pauvres. Cette question des logements insalubres a été tellement ressassée qu'elle est, pour ainsi dire, usée et devenue banale. Les Conseils d'hygiène, la presse médicale, etc., s'en sont occupés à satiété, et si elle n'a pas fait de grands progrès, c'est que l'on se heurte, dans l'application, à des difficultés véritablement insurmontables.

Le devoir du Conseil d'hygiène était de signaler à l'autorité les graves inconvénients de l'insalubrité des logements pour la santé publique. Ce devoir, le Conseil l'a rempli. M. Larrey, en particulier, a formellement demandé que la loi sur les logements insalubres fût enfin appliquée. Il ne pouvait faire davantage, ni prendre les autorités à la gorge. Il faut espérer que l'autorité, saisie à nouveau de toutes ces questions, émue, entraînée par le mouvement général des esprits vers la solution de ces graves problèmes d'hygiène et de salubrité, fera des efforts efficaces pour satisfaire les *desiderata* qui lui sont signalés de tous côtés.

M. Lagneau dit qu'il est un peu le promoteur des instructions contre la fièvre typhoïde que M. Marjolin vient de critiquer. Ces instructions ont été calquées sur celles qui avaient été données à propos de la variole.

M. Marjolin regrette que la loi sur les logements insalubres ne soit pas appliquée ; cela est assurément très regrettable, car on a remarqué que c'était très souvent dans des hôtels meublés de bas étage que la fièvre typhoïde se déclare. On avait demandé pour ces hôtels la création d'un service d'inspection qui serait fait par des architectes de la ville. Ce service n'a pas été obtenu. Mais les instructions dont il s'agit sont toujours applicables aux hôtels meublés de 1ᵉʳ, 2ᵉ et 3ᵉ rangs qui sont rangés sous l'autorité de la préfecture.

En France, l'organisation du service de l'hygiène publique laisse à peu près tout à désirer. La réorganisation des conseils d'hygiène, sur laquelle M. Henri Gueneau de Mussy a été chargé de faire un rapport, n'est pas achevée; l'isolement des individus atteints de maladies contagieuses est incomplet et très difficile à réaliser dans nos hôpitaux. On n'a pas en France, comme dans les pays étrangers, des hôpitaux spéciaux, des chambres spéciales pour les individus atteints de maladies contagieuses. On manque également de chambres mortuaires pour y déposer les cadavres des individus morts de ces maladies. Nous n'avons pas non plus d'appareils de désinfection des locaux dans lesquels ont séjourné les malades frappés d'affections susceptibles de se transmettre par contagion. Les moyens de désinfection devraient être fournis gratuitement aux classes pauvres. M. Lagneau avait proposé le chlorure de chaux qui est à bas prix; il ne sait pourquoi la majorité du Conseil municipal a préféré le chlorure de zinc.

Enfin un grief très juste articulé par M. Marjolin, c'est l'insuffisance de l'eau dans la ville de Paris pour les besoins de l'hygiène. On arrivera, sans doute, à combler cette lacune, mais elle est profondément regrettable, surtout dans les circonstances actuelles.

M. Lagneau croit devoir appeler l'attention sur la fréquence de la fièvre typhoïde dans les casernes et sur l'influence de ces établissements au point de vue de la transmission de cette maladie à la population urbaine. Cette influence a été signalée, à Vincennes, par le médecin en chef de l'hôpital militaire, M. Weber. Il est notoire que l'hôpital du Gros-Caillou reçoit

quantité de malades atteints de fièvre typhoïde qui lui viennent des casernes Dupleix et de l'Ecole militaire. Il serait à désirer que l'on remédiât à ces inconvénients en faisant évacuer ces casernes, ou en modifiant l'aménagement des chambres, latrines, égouts, etc.

M. Bouley a visité avec M. Du Mesnil quelques-unes de ces cités où les classes ouvrières et infimes de la population parisienne viennent s'entasser dans les faubourgs de Paris, et il a pu constater les conditions horribles de ces logements au point de vue de l'hygiène et de la salubrité. Il pense qu'il y aurait urgence à appeler l'attention sérieuse du Conseil municipal de Paris sur cette déplorable situation. La ville de Paris a été coupable en ne faisant pas, parallèlement à la destruction des rues anciennes où les ouvriers trouvaient des habitations convenables, à des prix modérés, des constructions nouvelles pour loger cette population forcée ainsi de refluer en masse du centre à la périphérie. C'est une honte pour la ville de Paris de laisser grouiller cette vermine humaine dans l'ordure et la saleté. Si le Conseil municipal n'a pas d'argent, il faut qu'il fasse un emprunt, car il est de son honneur de ne pas laisser se prolonger plus longtemps une situation pareille.

Le problème n'est pas insoluble, puisqu'il a déjà été résolu à Mulhouse, au Havre, etc., où des cités ouvrières ont été établies dans les meilleures conditions d'hygiène et de salubrité ; il ne s'agit que de réaliser à Paris ce qui existe déjà ailleurs.

M. Bouley demande donc que l'Académie saisisse le ministre de cette grave question avec prière de la renvoyer à l'examen du Conseil municipal.

M. Dujardin-Beaumetz dit que M. Marjolin se méprend sur l'étendue des attributions et du pouvoir du Conseil d'hygiène. Il ne lui est pas possible d'ordonner et de faire exécuter la démolition des maisons.

Quant aux instructions du Conseil d'hygiène, tant critiquées par M. Marjolin, le conseil les a données dans la mesure du possible, en déclarant que si les précautions prescrites n'étaient pas exécutables, il valait mieux faire transporter les malades à l'hôpital. Il a fait cette déclaration sans méconnaître les inconvénients et les dangers du transfert des malades à l'hôpital, et pour parer aux graves périls de contagion dans l'entourage des malades.

Les conditions de la contagion et de la propagation de la fièvre typhoïde sont, il faut l'avouer, encore bien mystérieuses, car il faut bien reconnaître que les causes d'insalubrité dont on parle existaient déjà depuis des années sans qu'il y eût d'épidémie typhoïdique aussi intense et aussi grave que celle d'aujourd'hui.

Quelles sont les causes de cette explosion violente à laquelle nous assistons? Il est difficile de le dire. On pourrait peut-être accuser les nouvelles constructions, qui ont nécessité à peu près partout, particulièrement dans le 18ᵉ arrondissement, des remuements de terrain considérables, et, dans le quartier du Champ-de-Mars, des travaux de terrassement en voie d'exécution.

Quoi qu'il en soit de la cause de cette grave explosion épidémique, M. Dujardin-Beaumetz admet, avec MM. Marjolin et Bouley, la nécessité de l'application urgente de la loi sur les logements insalubres. C'est le devoir et l'honneur de la ville de Paris de détruire ces repaires décorés du nom de cités.

M. Maurice Perrin ne saurait admettre, avec M. Lagneau, que l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle ait trouvé des éléments de propagation dans les casernes Dupleix, de l'Ecole militaire et de Vincennes. Il a, sur l'invitation du ministre, visité ces établissements et il a pu constater que leur situation hygiénique était plus satisfaisante que ne le croit M. Lagneau. La caserne Dupleix n'a pas de fièvre typhoïde, sauf quelques cas isolés ; l'Ecole militaire a eu un certain nombre de malades, mais seulement une dizaine de décès. Si l'influence épidémique s'est fait sentir dans l'arrondissement où ces casernes sont situées, c'est d'une façon modérée et les cas n'y ont été ni plus nombreux ni plus graves que dans la plupart des autres quartiers de Paris. On pourrait renverser les termes de la proposition de M. Lagneau et se demander si ce n'est pas la population urbaine qui a donné la fièvre typhoïde à la population militaire.

Il a été impossible, d'ailleurs, dans la plupart des cas, de découvrir la cause de l'explosion de la maladie qui sévit d'une façon plus particulière sur telle ou telle arme, sans que l'on puisse invoquer une différence quelconque dans les conditions hygiéniques du milieu où on l'observe.

M. Lagneau dit qu'il y a eu, au sein du Conseil d'hygiène, une discussion assez vive au sujet de l'opportunité du transport des typhoïdiques à l'hôpital. M. Lagneau, pour sa part, était opposé à cette mesure, ayant remarqué avec d'autres observateurs, en particulier avec le docteur Janssen (de Bruxelles), que la mortalité, pour une même maladie, était beaucoup plus grande à l'hôpital qu'en ville.

En ce qui concerne le caractère de gravité et d'intensité plus grandes de l'épidémie actuelle,

M. Lagneau déclare avoir constaté, d'après les documents statistiques qu'il a eu entre les mains, que, depuis des années, la fièvre typhoïde, comme la variole et la rougeole, a pris des proportions de plus en plus considérables.

A M. Maurice Perrin M. Lagneau répond qu'il ne prétend pas que les casernes aient été les causes de la mortalité plus grande de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde. Mais que ces établissements sont, en général, dans des conditions mauvaises au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, et que les trois casernes dont il a parlé ont eu dans ces trois dernières années, au rapport des médecins militaires, de nombreux cas de fièvre typhoïde.

M. Proust dit qu'il met en pratique depuis six ans, dans son service, les prescriptions du Conseil d'hygiène relatives à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Dans ces instructions, la condition de l'isolement lui sembla la moins nécessaire, mais la plus importante à ses yeux est la désinfection des matières fécales et des fosses d'aisances. De plus, il fait pratiquer dans les salles des pulvérisations d'eau phéniquée.

L'étiologie de la fièvre typhoïde et les conditions de contagion et de propagation ne peuvent être étudiées que dans les petits centres de population, dans les grandes villes comme Paris cette étude est impossible.

Quant à la question des logements insalubres, et, en général, pour tout ce qui touche à l'hygiène publique, M. Proust pense que toutes les lacunes, tous les *desiderata* qui ont été justement signalés à cet égard, dépendent de ce que nous n'avons pas, en France, d'organisation de la médecine publique, pas de direction. Ne pouvant entrer à cet égard dans des détails suffisants et ne voulant pas traiter d'une manière incidente une question si importante, M. Proust se propose d'en faire l'objet d'une prochaine communication.

M. le Président dit que la communication de M. Marjolin soulève une question d'actualité des plus intéressantes. Il propose de mettre cette question à l'ordre du jour et il engage ceux des membres de l'Académie qui auraient quelques communications à faire sur l'étiologie, la marche, la gravité de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde, et même sur les résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement de cette maladie, à vouloir bien se faire inscrire pour cette grande discussion.

M. Marjolin est très heureux d'avoir soulevé devant l'Académie une question si importante et qui mérite à tous égards l'attention du Corps médical. Il espère que la conclusion pratique qui résultera de cette discussion sera d'inspirer à tous les esprits la conviction de la nécessité et de l'urgence de l'application de la loi sur les logements insalubres. Quelle que soit, d'ailleurs, la solution donnée à la question de contagion ou de non contagion de la fièvre typhoïde, que cette contagion ait lieu par l'air ou par les déjections, qu'elle soit directe ou indirecte, la nécessité et l'urgence de l'application de la loi sur les logements insalubres s'impose à la sollicitude des pouvoirs publics, au double point de vue de la salubrité et de la morale.

Ainsi que le disait un homme d'État, M. Dufaure, il est des questions au sujet desquelles il ne faut cesser d'entretenir une saine agitation, jusqu'à ce qu'elles soient résolues. Il importe donc que chacun apporte son contingent dans cette discussion, afin que de l'ensemble et du choc des opinions, puisse naître la lumière.

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris.—Semaine du 13 au 19 octobre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,111. — Fièvre typhoïde, 244. — Variole, 8. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 27. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 28. — Phthisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchites aiguës, 12. — Pneumonie, 25. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 46 ; au sein et mixte, 31 ; inconnus, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84 ; circulatoire, 69 ; respiratoire, 61 ; digestif, 68 ; génito-urinaire, 22 ; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 8. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 42e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,226 naissances et 1,111 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 932, 941, 1,018, 1,174. Le chiffre de 1,111 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, donne les résultats suivants : 244 décès par Fièvre typhoïde (au lieu de 250 pendant la 41e semaine) ; 2 par Infection puerpérale (au lieu de 6) ; 8 par Variole (au lieu de 7) ; 8 par Rougeole (au lieu de 3) ; 27 par Diphthérie (au lieu de 24) ; 6 par Érysipèle (au lieu de 1).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (741 malades reçus du 9 au 15 octobre au lieu de 1,001 entrés pendant les 7 jours précédents); pour la Variole (16 au lieu de 19) et pour la Diphthérie (23 au lieu de 25).

A en juger par le nombre de 244 décès typhoïdiques, atteint cette semaine, la situation sanitaire ne serait pas améliorée. Mais si ce nombre est à très peu près aussi élevé que celui de la 41e semaine, il n'en est pas de même du chiffre des cas d'invasion. Le mouvement des entrées dans les hôpitaux dont l'importance donne toujours la mesure exacte de l'état général de la population, indique pour la semaine écoulée une diminution de chiffre des admissions (741 au lieu de 1001). Cette atténuation cependant, n'est pas assez prononcée et le chiffre de 741 malades malades est trop considérable, pour que nous osions espérer un abaissement prochain de la mortalité.

Sauf une ou deux exceptions, les quartiers les plus éprouvés par la fièvre typhoïde la semaine précédente sont encore ceux qui, durant celle-ci, ont été les plus frappés. C'est ainsi que le quartier de *La Villette* a eu 14 décès et en avait compté 11 la 41e semaine; celui de *Clignancourt* 14 (et 10 auparavant); celui du *faubourg Saint-Martin* 10 (et 11); ceux de la *Goutte d'Or*, de *Saint-Gervais*, etc.; l'épidémie semble donc tendre à se localiser sur les mêmes points. On remarquera également que le 13e arrondissement et le 14e, dans sa plus grande partie, continuent à être relativement épargnés.

Les mairies de Paris ont enregistré cette semaine, du fait de la fièvre typhoïde, 12 décès de militaires : pareil nombre avait été déclaré la semaine précédente. Le chiffre de la garnison étant d'ordinaire, de 20,000 hommes environ, la mortalité aurait donc été de 1.2 par 1,000 pour ces quinze derniers jours.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Pilules contre la tuberculose. — Heim.

Sulfate de quinine	1 gr 50 centigr.
Feuilles de digitale pulv.	0 gr 80 centigr.
Ipéca pulv.	0 gr 40 centigr.
Opium brut pulv.	0 gr 40 centigr.
Extrait de réglisse, q. s. pour 30 pilules.	

Une pilule trois fois par jour, aux phthisiques qui ont de la fièvre. — S'il existe des sueurs profuses, frictionner, le soir, avec un corps gras, les régions de la peau qui sécrètent le plus.

N. G.

COURRIER

Nouveaux hôpitaux. — On dit que le Directeur de l'Assistance publique vient de demander au conseil municipal de Paris un crédit extraordinaire de trois millions, pour créer de nouveaux hôpitaux ou améliorer et agrandir ceux qui existent actuellement.

Si ce crédit était accordé, l'ensemble du budget hospitalier pour l'année prochaine ne s'élèverait pas à moins de 40 millions.

En dix ans, ce budget aura presque doublé.

Transport des varioleux. — Jusqu'ici, le transport des varioleux dans les hôpitaux s'effectuait dans des voitures publiques. La préfecture de police s'est émue de ce fait, qui, étant donné le caractère contagieux de la variole, pouvait avoir de graves inconvénients pour la santé publique.

Elle a fait construire trois voitures spéciales destinées au transport dans les hôpitaux des malades atteints de la variole. Ces voitures sont remisées dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu.

Les familles des varioleux qui se trouveront dans les cas prévus pour l'envoi des malades

dans les hôpitaux adresseront une demande de transport au commissaire de leur quartier. Ce magistrat se fera remettre immédiatement un certificat médical constatant la nature de la maladie et enverra aussitôt à la préfecture un télégramme mentionnant le nom et la demeure des varioleux.

L'administration de l'Assistance publique indiquera alors à la préfecture à quel hôpital le malade pourra être conduit; la voiture partira immédiatement de l'Hôtel-Dieu pour aller le prendre à son domicile et le transporter à l'hôpital.

Les commissaires auront à prévenir les intéressés qu'ils se tiennent prêts pour monter le malade dans la voiture dès qu'elle sera rendue à destination et les aviseront qu'un parent ou un ami pourra prendre place sur le siège, près du cocher.

Le service de santé. — Par décision du ministre de la guerre, en date du 18 octobre 1882, ont été désignés pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de corps d'armée, MM. les médecins inspecteurs et médecins principaux de 1re classe dont les noms suivent, savoir :

Gouverneur militaire de Paris, M. Colin, médecin inspecteur ; 1er corps d'armée, M. Cuignet ; 3e corps, M. Hamel; 3e corps, M. Weber; 4e corps, M. Leplat ; 5e corps, M. Arnould ; 6e corps, M. Dauvé; 7e corps, M. Morand ; 8e corps, M. Hattute; 9e corps, M. Delcominète ; 10e corps, M. Roudet; 11e corps, M. Lagarde; 12e corps, M. Cochu ; 13e corps, M. Papillon, médecins principaux de 1re classe.

14e corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon, M. Baudoin, médecin inspecteur ; 15e corps, M. Levié; 16e corps, M. Castex; 17e corps, M. Alix; 18e corps, M. Maffre, médecins principaux de 1re classe; 19e corps, M. Gaujot, médecin inspecteur; corps d'occupation de Tunisie, M. Vedrênes, médecin principal de 1re classe.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gustave Puel professeur agrégé et chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, décédé le 14 octobre, à Figeac, à l'âge de trente-cinq ans, et de M. A. Tulio, étudiant en médecine, né à Porto-Rico (Antilles), qui vient de succomber, à la Maison municipale de santé, aux suites d'une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital Trousseau, où il remplissait les fonctions d'externe.

Société centrale de médecine vétérinaire. — Cette Société tient tous les deux ans une séance solennelle publique, dans laquelle elle distribue des prix et des médailles aux auteurs des mémoires ou travaux présentés à ses concours.

Cette année, la date de cette séance est fixée au *jeudi* 26 *octobre*, à *deux heures* précises, *rue de Lille*, 19.

Ordre du jour : 1° Docteur O. Larcher, président: Discours d'ouverture. — 2° P. Cagny, secrétaire des séances : Compte rendu général du Concours de 1882. — 3° H. Bouley, secrétaire général : Eloge d'Eug. Renault, ancien inspecteur général des Ecoles vétérinaires, ancien président de la Société. — 4° Appel des lauréats et distribution des récompenses. — 5° Lecture du programme du concours de 1884.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 28 octobre 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Rougon sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Bergeaud (d'Haïti). — 2° Compte rendu des travaux et du mouvement de la Société pendant l'année 1881, par M. de Beauvais, secrétaire général. — 3° Présentation de séries de sondes pour la trompe d'Eustache et d'un audiomètre à mensuration de la sensibilité auditive, par M. Ladreit de La Charrière. — 4° Vote sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Dechaux (de Montluçon).

Maladies des Yeux et des Oreilles. — Cours public, 53, rue Saint-André-des-Arts, Lundi et Vendredi, à 2 heures.

M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours élémentaire et complet d'ophthalmologie, à sa clinique, le lundi 30 octobre, à 2 heures.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

Péricardite aiguë a frigore.

Développement rapide d'un vaste épanchement dans le péricarde; ponction de la séreuse donnant issue à près d'un litre de liquide. Un mois après la ponction, pleurésie double légère. — Guérison avec persistance d'adhérences péricardiques.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 février 1882,

Par H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Le 17 octobre dernier entrait dans mon service, salle Gerando, un jeune homme de 19 ans, Jean Meillat, souffrant depuis une huitaine de jours. Ce garçon, maçon de son état, est petit de taille, mais vigoureusement constitué; ses parents sont bien portants, et depuis quatre ans qu'il habite Paris, il n'a jamais été malade. Il ne paraît pas être d'une famille de rhumatisants, et jusqu'à présent il n'a présenté aucun accident indiquant une prédisposition rhumatismale.

L'affection dont il est atteint semble avoir été causée nettement par un refroidissement. Vers le 8 ou 9 octobre, il est resté exposé à la pluie pendant deux heures, et ses vêtements mouillés ont séché sur lui. Le soir même il a été pris de fièvre avec malaise, courbature générale, douleurs dans tous les membres, sensation de frisson. Le lendemain, il se mit à tousser et dut se reposer; mais, croyant n'avoir affaire qu'à un simple rhume, il reprit son travail les jours suivants, tout en continuant à être souffrant et gêné de la respiration. Bientôt il dut y renoncer de nouveau, et c'est alors qu'il se présenta à la consultation de l'hôpital Tenon.

Au moment de son admission (17 octobre), il était fort abattu, et son teint congestionné, ses yeux éteints, son air hébété, ses lèvres sèches et fuligineuses, lui donnaient l'aspect d'un malade atteint de fièvre typhoïde. Ce fut ma première impression et celle du docteur Savard mon interne.

FEUILLETON

CAUSERIES

Sommaire. — La circulaire du Conseil d'hygiène touchant la fièvre typhoïde. — La question de l'eau et la question des vidanges à Paris. — Requête au Gouvernement. — Le Bulletin de statistique de M. Bertillon.

Avez-vous lu, chers lecteurs, les instructions relatives à la fièvre typhoïde que vient de faire publier et répandre à profusion le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine? Je suppose que oui : d'abord parce que la question doit fortement vous intéresser actuellement, et ensuite parce que tous les journaux en ont parlé. Pour peu donc que vous lisiez un journal, ledit document a dû vous passer sous les yeux et fixer votre attention.

Comme dans tous les documents de ce genre, destinés soi-disant à mettre un frein aux progrès d'un fléau public, j'y trouve bien des impossibilités. Voyez, par exemple, la loi pour la répression de l'ivresse affichée dans tous les cabarets, quel ivrogne s'en soucie, et qui a-t-elle jamais empêché de se griser?

Les mesures hygiéniques que le Conseil invite le public à prendre me paraissent pour la plupart aussi irréalisables que celles renfermées dans les articles de la loi contre l'ivresse. Passons, si vous voulez bien, quelques-unes de ces mesures en revue.

D'abord : « Le malade doit être isolé autant que possible des autres habitants de la maison. » Excellente mesure, mais corollaire mauvais. « Si le local ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de transporter le malade à l'hôpital. »

Cependant, en l'examinant couché dans son lit, je fus surpris de ne point lui trouver de signes nets de dothiénentérie. La peau était chaude et la fièvre intense (40°2), mais le ventre était souple, non ballonné; il n'y avait ni diarrhée, ni gargouillement dans la fosse iliaque, ni taches rosées; malgré sa stupeur, le malade n'accusait ni céphalée, ni étourdissements, il n'avait point eu d'épistaxis. L'examen physique de la poitrine ne révélait que quelques râles disséminés, insuffisants pour expliquer l'état général. On ne pouvait évidemment penser à une fièvre typhoïde.

L'auscultation du cœur fit voir qu'il s'agissait d'une péricardite. On entendait en effet, dans toute la région précordiale, mais principalement vers la base et à la partie moyenne, un frottement rude, assez semblable, comme intensité, au bruit de cuir neuf. Ce frottement se produisait aux deux temps de la révolution cardiaque, sans être absolument isochrone avec la systole ou la diastole; le mouvement de va-et-vient, très superficiel et manifestement péricardique, se compliquait de temps en temps d'un bruit surajouté qui donnait la sensation d'un véritable bruit de galop extra-cardiaque. Tous ces bruits, malgré leur intensité, se propageaient peu et ne se retrouvaient pas dans l'aisselle ni le long des gros vaisseaux cardiaques.

A part ces signes physiques, qui offraient une netteté singulière, les troubles fonctionnels éprouvés par le malade étaient médiocres. Il y avait bien un certain degré d'oppression, mais point de douleurs ni de palpitations; le pouls était petit, assez fréquent (110), mais régulier; la pression sur la région précordiale, aux attaches du diaphragme et sur le trajet cervical du nerf phrénique n'éveillait aucune sensibilité; en somme, l'auscultation seule révélait la lésion du péricarde, qui se traduisait par l'état fébrile et l'apparence générale typhoïde. La péricardite était d'ailleurs absolument sèche à cette date, car la percussion de la région précordiale ne révélait aucune augmentation de la matité cardiaque.

Traitement : Six ventouses scarifiées sur la région précordiale; potion avec 10 centig. d'extrait thébaïque et 30 gram. d'alcool.

Le lendemain (18 octobre), sous l'influence de la saignée locale, l'état général semble un peu meilleur; le pouls est à 104, moins faible que la veille; le malade est moins prostré; mais les signes physiques de la péricardite sont absolument les mêmes. Le frottement a une rudesse considérable, il s'entend aussi bien à la pointe qu'à la base; on le perçoit très nettement à la palpation. La température est toujours très élevée (T. 39°8). Dans le but de diminuer l'hyperthermie, je prescris 10 centig, de tartre stibié associé à l'opium.

19 octobre. Même état local; pouls à 110, petit et serré; oppression. (Vésicatoire sur la région du cœur.) Le soir, le malade est abattu, sans appétit, assez anxieux.

20 octobre. Malgré le vésicatoire, nous ne constatons aucune amélioration. Le tartre stibié a fait tomber la fièvre de quelques dixièmes de degré (38°6); mais localement il y a plutôt de l'aggravation. Les bruits de frottements sont toujours rudes, mais ils s'assourdissent du côté

Supposez une nombreuse famille, jouissant d'une modeste aisance, logée convenablement, mais à l'étroit comme on l'est forcément à Paris. Les parents ont une chambre; les garçons une chambre commune, et les filles une autre chambre commune. Un d'entre eux vient à avoir la fièvre typhoïde, et, ce qui se voit tous les jours, il est impossible de lui consacrer une pièce qui ne communique pas avec le reste de l'appartement. Alors, Messieurs, vous dites de transporter le malade à l'hôpital. C'est justement là que gît l'impossibilité la plus forte. D'abord le malade, puis la famille, ou bien la famille d'abord et le malade ensuite, s'y refusent par un sentiment de répugnance bien naturel; ensuite, vous savez bien, Messieurs les membres du Conseil qui êtes médecins ou chirurgiens des hôpitaux, que l'hôpital est inaccessible pour les personnes qui se trouvent dans certaines conditions de fortune et de résidence données: le règlement s'y oppose. Et d'ailleurs, on en fait en ce moment la triste expérience, les hôpitaux sont trop petits et trop peu nombreux pour accepter même les malades nécessiteux, où donc logerez-vous les autres?

Mais il y a un correctif à votre article : « Si le malade reste en son domicile, les personnes soignant le malade feront bien de se laver à l'eau phéniquée; 40 grammes par litre d'eau. » Cette rédaction manque un peu de clarté, ce me semble. On fera bien de se laver, dit-on. Se laver quoi? Les mains, la figure, le corps? Vous êtes-vous jamais lavé la figure avec une solution phéniquée à 40 pour 1,000, chers lecteurs? En bien, essayez-en et vous m'en direz des nouvelles.

Vous ajoutez qu'il faut désinfecter les déjections du malade avec une solution de chlorure de zinc (50 grammes par litre d'eau) et plonger tous les vêtements et le linge du malade dans une solution d'acide phénique (20 grammes par litre d'eau).

Ce dernier article, bon encore en principe, contient une impossibilité matérielle. « Tous les

de la pointe du cœur; l'oppression, sans être excessive, est plus accentuée que les jours précédents; le malade reste couché en permanence sur le côté gauche de la poitrine.

21 octobre. Manifestement, les bruits de frottement diminuent, et font place à des murmures plus sourds. La matité semble plus large transversalement et elle remonte au niveau de la troisième côte; il se fait très vraisemblablement un peu d'épanchement dans le péricarde; l'impulsion de la pointe du cœur se sent fort mal. La circulation est notablement gênée; le pouls est petit, et pour la première fois irrégulier : ces irrégularités ne correspondent pas à des interruptions dans les battements cardiaques, comme on peut s'en convaincre en auscultant le cœur; elles paraissent influencées par les mouvements respiratoires et sont prononcées surtout au moment de l'inspiration : il semble que la contractilité du ventricule soit moindre. En raison de cet affaiblissement de la contractilité cardiaque, je supprime le tartre stibié et je prescris 20 centigrammes de poudre de digitale en infusion.

Les jours suivants, l'état général et local du malade ne fait qu'empirer. L'auscultation du cœur permet de constater la suppression, de plus en plus complète, des bruits valvulaires et du frottement : ce dernier ne s'entend plus qu'en un point restreint, tout près de la base, à l'origine des gros vaisseaux cardiaques; dans le reste du cœur, il a disparu. La matité précordiale dépasse maintenant le bord supérieur de la troisième côte et atteint près de 12 centimètres transversalement, au niveau du mamelon : il existe très certainement un notable degré de liquide dans la séreuse. Cependant, rien dans la forme de la matité précordiale ne fait supposer que l'épanchement soit considérable. En arrière, la percussion et l'auscultation pulmonaire n'offrent rien de particulier.

Le 24 octobre, dans la soirée, la scène change brusquement. Jusque là, l'oppression avait été médiocre; mais à sa visite du soir, M. Savard trouve Meillat en proie à une dyspnée assez vive (36 à 40 respirations), les ailes du nez dilatées à chaque respiration, la figure bouffie et légèrement cyanosée, les jugulaires distendues et turgides. Le malade est abattu et prostré, toussant fréquemment et rendant des mucosités spumeuses. L'auscultation pulmonaire révèle des râles sibilants et ronflants diffusés dans toute la poitrine, mais prédominants à gauche. (Large sinapisation de la poitrine).

25 octobre. La nuit a été mauvaise. La dyspnée augmente, bien que le nombre des respirations ne dépasse pas 38 par minute. Le pouls est petit, irrégulier : au sphygmographe, il offre des pulsations courtes, groupées trois par trois, correspondant exactement aux mouvements expiratoires de la poitrine; pendant l'inspiration, le tracé se réduit à une ligne ondulée. L'aspect du malade est tout à fait celui d'un cardiaque : bouffissure de la face, yeux injectés, cyanose des lèvres, veinosité accentuée, non-seulement au niveau des jugulaires, mais sur les membres supérieurs; impossibilité du décubitus horizontal.

Pour la première fois, en auscultant la poitrine en arrière, je constate un signe important : il existe, vers le milieu du poumon gauche, une zone de sonorité manifestement tympanique, sans que ce signe soit en rapport avec la présence d'un épanchement pleural. Il s'agit donc

---

vêtements de corps, dit-il, tous les linges de literie ayant servi au malade, avant d'être portés hors de la chambre, doivent être plongés dans une solution d'acide phénique. » Vous admettez bien, je pense, qu'il faut changer le linge d'un typhoïdique au moins une fois par jour. Or, pour plonger ce linge dans une solution phéniquée avant de le faire sortir de la chambre, il faut installer à demeure dans cette chambre un baquet assez grand, apporter dans cette chambre un ou deux seaux d'eau, tordre ce linge sur place, et vider ensuite le baquet. Vous êtes-vous bien rendu compte, Messieurs les membres du Conseil d'hygiène, du va-et-vient, du bruit, du nombre de personnes, de la quantité d'eau et d'acide phénique nécessaires pour mettre en pratique votre commandement ? Et puis voyez les conséquences forcées de cette manière de faire, que peut-être pas un d'entre vous n'exécuterait chez lui. Quand l'eau arrive jusqu'à l'appartement, à l'aide d'une conduite montante, il n'y a qu'à aller de la cuisine à la chambre du malade pour la transporter; mais alors il faut laisser ouverte la porte de cette chambre pendant un certain temps, puis encore pour vider l'eau, et l'isolement que vous préconisez est alors impossible. Et où jeter cette eau? Dans les cabinets d'aisances, bien entendu; mais que dira le propriétaire si les cabinets donnent dans une fosse imperméable qui se remplira en un rien de temps? Car les propriétaires *n'entrent pas dans ces considérations-là.*

J'ai supposé que l'eau arrivait à l'appartement par une conduite montante et que les cabinets étaient dans l'appartement. Mais ce n'est pas toujours le cas, et dans bon nombre de maisons, surtout dans les quartiers pauvres, ceux qu'intéresse le plus votre circulaire, les appartements sont petits, les cabinets sont dans l'escalier et l'eau dans la cour. Et croyez-vous qu'il soit facile de remplir votre programme dans ces conditions? Lisez le récit qui va suivre et qui va vous édifier.

d'une compression du poumon par l'épanchement péricardique qui progresse (Eau-de-vie allemande, 15 grammes).

Le 26 octobre, le malade est dans un état grave. L'oppression est extrême, la cyanose et la bouffissure plus accentuées que la veille, le pouls à 130 ; les battements du cœur sont à peine perceptibles; sur toute la région précordiale, particulièrement au voisinage du sternum, on constate un œdème assez marqué des téguments.

En présence de ces symptômes, et de la suffocation qui paraît imminente, je fais séance tenante une saignée de 200 grammes, qui est suivie d'une rapide détente et d'un soulagement notable. Pour la première fois depuis plusieurs jours, le malade peut se coucher presque horizontalement et dormir. Le soir, il est calme ; et, le lendemain matin, je le trouve avec une température de 37°6 et une dyspnée moindre ; toutefois l'œdème de la paroi thoracique persiste et les jugulaires continuent à être fort tendues.

Mais cette amélioration est de courte durée. Dès le 27 octobre au soir, la température est remontée à 38°6 et l'oppression est presque aussi accentuée qu'avant la saignée. Le lendemain matin, les battements du cœur sont à peine perceptibles et l'œdème de la paroi thoracique, au-devant de la région précordiale, a fait des progrès. Avant de recourir à la paracentèse du péricarde, qui se pose comme une éventualité imminente, je veux épuiser tous les moyens de traitement médical et je fais appliquer deux cautères sur la région du cœur.

A cette date, la matité précordiale est très étendue, et la mensuration donne les résultats suivants :

En haut la matité commence à la partie supérieure du deuxième espace intercostal, à 5 centimètres au-dessous de la clavicule; en bas, elle descend à 6 centimètres au-dessous du mamelon, dans le septième espace intercostal; sa dimension verticale est de 16 centimètres.

Transversalement, sur la ligne mammaire, la matité déborde à droite le sternum de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, et s'étend à 3 centimètres à gauche en dehors du mamelon; elle mesure, dans sa plus grande largeur, 12 à 13 centimètres. Tout à fait à la base, elle offre environ 14 centimètres, mais ses limites vers la ligne axillaire sont obscures.

La journée du 29 octobre et celle du 30 se passent sans nouvel incident. L'orthopnée est considérable, le sommeil impossible, l'œdème de la paroi thoracique et la distension des jugulaires de plus en plus marqués; en arrière, la zone de sonorité tympanique a augmenté, et elle occupe toute la fosse sous-épineuse, presque jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Il n'existe aucune matité à la partie postérieure de la poitrine, rien qui indique un épanchement pleural.

Dans ces conditions, après avoir pris l'avis préalable de mon collègue et ami le docteur Sevestre, je me décide, le 31 octobre, à pratiquer la paracentèse du péricarde. Les limites de a matité précordiale étant de nouveau très exactement établies par la percussion, je constate que depuis l'avant-veille il s'est produit un certain changement dans l'étendue de la collection liquide. En haut et sur les côtés, ces limites sont les mêmes, mais à la partie inférieure,

---

***

Je fus appelé, il y a quelques années, dans une maison de Grenelle, à constater la naissance d'un enfant. Les parents, ouvriers laborieux, toujours en bonne santé, habitaient au cinquième étage un petit appartement composé de deux petites pièces et d'une cuisine ; ils couchaient dans l'une des pièces avec le nouveau-né; l'autre servait de salle à manger, et en outre de dortoir à trois autres enfants dont l'aîné, une fille, avait une douzaine d'années. Ces deux petites pièces étaient d'une propreté idéale; l'eau étant dans la cour, les parents, en allant le matin à leur travail descendaient les seaux vides, et les remontaient pleins en rentrant ; souvent un voisin faisait un voyage supplémentaire ; les cabinets ouvrant sur l'escalier étaient entretenus de façon à ne laisser échapper aucune mauvaise odeur. Tout cela alla bien tant que la santé resta bonne. Mais la maladie vint tout renverser.

Au commencement de l'été, arriva la fièvre typhoïde, qui cloua dans leur lit la mère et une des petites filles ; il fallait de l'eau en plus grande quantité que d'habitude, et cette quantité même se restreignit, car la mère ne pouvait plus descendre, et le voisin complaisant, effrayé, n'osait plus même toucher aux seaux. Quant à la substance désinfectante, la quantité indispensable aurait coûté beaucoup plus cher que ne le permettait l'état de la bourse de ces pauvres gens. Qu'arriva-t-il ? Au bout de huit jours la fièvre typhoïde avait envahi la moitié des habitants de la maison; les cabinets répandaient une odeur infecte, à ce point qu'une dame de charité, voulant monter à mon pauvre cinquième, perdit connaissance dans l'escalier, littéralement suffoquée. La mère mourut; la fille aînée, prise à son tour, fut transportée à l'hôpital avec la jeune sœur ; celle-ci guérit, l'aînée mourut.

***

la sonorité de l'estomac s'est abaissée de plus d'un centimètre, ce qui prouve que le diaphragme est déprimé, et que le maximum de l'épanchement porte sur la base du péricarde. C'est d'après ces données que je choisis le point à ponctionner. Au lieu d'enfoncer le trocart dans le quatrième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres du bord gauche du sternum (comme le recommandent la plupaat des auteurs), je préfère ponctionner sur une ligne passant verticalement par le mamelon et à quelques centimètres au-dessous, de façon à longer pour ainsi dire le bord supérieur du diaphragme. Le point précis ainsi délimité se trouve placé entre la sixième et la septième côte, sur la ligne verticale mammaire, à 5 centimètres au-dessous du mamelon, à 8 centimètres en dehors de la ligne médiane du sternum. En cet endroit, l'œdème de la paroi est très accentué, et en déprimant fortement l'espace intercostal, je crois percevoir une rénitence profonde qui me paraît produite par le péricarde distendu.

L'opération est faite au moyen de l'aspirateur Potain, avec le trocart moyen habituellement usité pour la thoracentèse et préalablement trempé dans une solution phéniquée au 30°. Je n'étonnerai aucun de nos collègues en leur confessant que j'éprouvais une certaine émotion en enfonçant l'aiguille dans une région si voisine du diaphragme et de la pointe du cœur; mais, en réalité, je rencontrai beaucoup moins de difficulté que je ne le supposais. Après avoir pénétré à près de 3 centimètres dans l'intérieur de la poitrine, perpendiculairement à la surface de l'espace intercostal, j'eus tout à coup la sensation de l'obstacle franchi, et l'afflux d'un liquide séreux, jaunâtre, parfaitement transparent, vint me prouver que j'étais entré sans encombre dans la cavité péricardique.

L'écoulement du liquide se fit sans aucun incident, et en quelques minutes j'évacuai la quantité considérable de 970 centimètres cubes, presque un litre! Au fur et à mesure que l'épanchement se vidait, le malade éprouvait une sensation de bien-être, sans aucune tendance à la syncope, et il respirait plus lentement et plus largement. Dans les derniers moments, le cœur avait repris sa position normale, et il était facile de sentir la pointe du ventricule qui grattait légèrement l'extrémité de la canule. J'avais pris la précaution, afin d'éviter les chocs trop directs du muscle contre le bord tranchant de la canule, d'incliner fortement en bas l'extrémité libre de celle-ci, de façon à appliquer contre la paroi péricardique la pointe de l'instrument.

Le liquide évacué ressemblait absolument à de la sérosité provenant d'une inflammation pleurale franche. Il était citrin, légèrement verdâtre, absolument transparent, ne contenant ni sang, ni globules de pus, ni flocons pseudo-membraneux, se prenant en masse gélatineuse par refroidissement. L'analyse chimique, faite par l'interne en pharmacie du service, montra une proportion d'albumine considérable, de nombreux chlorures, quelques phosphates et beaucoup de fibrine; en nn mot, une composition à peu près identique à celle des épanchements pleurétiques de bonne nature.

Immédiatement après la ponction, le malade est pris d'une toux quinteuse, pénible, rappelant absolument celle qui succède à la thoracentèse, et due à la même cause, à savoir la

---

Je voudrais bien savoir ce que toutes les circulaires possibles auraient pu faire pour transporter à ce cinquième l'eau indispensable pour faire la cuisine, laver le linge et désinfecter les cabinets. Car ce n'est pas tout de prescrire l'emploi de solutions désinfectantes, encore faut-il de l'argent pour acheter les substances convenables, de l'eau pour les délayer, et des gens de bonne volonté pour les mettre en quantité suffisante dans l'endroit voulu.

L'acide phénique d'ailleurs ne se trouve pas encore à volonté dans toutes les pharmacies. J'en connais quelques-unes dans les quartiers du centre, qui n'en ont qu'un petit flacon, comme échantillon; lorsque j'en ai prescrit à différentes reprises, il a fallu un jour ou deux pour le faire venir de la pharmacie centrale ou d'une fabrique de produits chimiques quelconque. Il est en outre encore très cher pris à la pharmacie, beaucoup trop cher pour les petites bourses, et avant d'en prescrire l'emploi aux ouvriers, il faudrait d'abord en prescrire le rabais aux pharmaciens.

***

Dans le Questionnaire que le Conseil d'hygiène se propose d'envoyer aux médecins, il est demandé au sujet de l'eau : « D'où provient l'eau consommée habituellement dans la maison? Cette eau est-elle filtrée? » A mon humble avis, cela ne suffit pas. Il aurait fallu demander encore : « L'eau y est-elle en quantité suffisante? Arrive-t-elle à chaque étage, ou la prend-on dans la cour, ou dans la rue? Je crois avoir démontré combien il était désastreux pour les locataires des étages supérieurs d'être obligés de prendre l'eau dans la cour; d'autres sont forcés d'aller plus ou moins loin dans la rue. Dans le quartier Saint-Germain lui-même, bon nombre de maisons en sont encore là, et dans la rue des Beaux-Arts en particulier, l'eau est restée dans la cour et dans la rue; il n'y existe pas une seule conduite montante.

décompression rapide du poumon. Ce petit accident n'a d'ailleurs aucune suite, et est immédiatement conjuré par une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Les suites prochaines de l'opération sont des plus simples. Une heure après, le malade s'endort; son pouls, quoique fréquent, est devenu régulier et a repris de la force; les battements du cœur sont plus nets et mieux frappés. A la visite du soir, M. Savard constate que les bruits du cœur s'entendent mêlés à des frottements superficiels surtout localisés vers la base du cœur. La température du corps n'est que de 38°, la bouffissure de la face et la cyanose ont beaucoup diminué, l'œdème de la paroi thoracique persiste encore, bien que moins accusé.

Le 1er novembre, au matin, le malade se trouve beaucoup mieux, sans dyspnée, sans fièvre; le pouls garde sa fréquence (120), mais la température n'est que de 37°6. L'appétit se soutient et la nuit a été bonne.

Pourtant, dès le soir, la fièvre reparaît, et un peu d'oppression se déclare. Le lendemain, nous constatons une température de 39°; la peau est animée, la figure vultueuse, la respiration assez courte; il y a de nombreux râles dans le poumon gauche. Les battements du cœur sont de nouveau sourds et lointains, et les dimensions de la matité précordiale sont redevenues, à peu de chose près, ce qu'elles étaient avant la ponction (matité verticale 15 centim; transversale mammaire 12; à la base 14). Il paraît évident que le liquide péricardique commence à se reproduire. (Vin diurétique, régime lacté partiel).

4 novembre. La réaction fébrile est moindre (38°), mais le pouls est toujours à 120. L'oppression persiste, la respiration est sifflante, et les poumons sont pleins de râles sibilants et sous-crépitants. La percussion donne toujours en arrière un son tympanique, ce qui montre que la compression pulmonaire persiste. De nouveau les veines jugulaires se distendent, et les lèvres reprennent l'apparence cyanosée qu'elles offraient avant la ponction.

Le 6 novembre, l'état général, sans être aussi mauvais qu'avant l'opération (car le malade peut dormir et a des périodes de calme) laisse beaucoup à désirer. L'oppression est extrême et la congestion pulmonaire ne diminue pas. Les bruits du cœur sont sourds, et les limites de la matité ne semblent guère moindres qu'au moment de la ponction. Le pouls est à 125, petit mais régulier. En un mot, l'épanchement paraît s'être reproduit notablement, compliqué d'une congestion pulmonaire intense.

Dans la crainte de voir fléchir la contractilité cardiaque, et aussi à titre de diurétique, je prescris 250 grammes de café, qui produisent un heureux effet. Dans la journée, le malade urine plus de trois litres de liquide.

Le 7, amélioration notable. La diurèse persiste, l'oppression est moindre; le malade se sent mieux, bien que les signes apparents de l'épanchement péricardique et de la congestion pulmonaire soient peu modifiés.

9 novembre. Un vésicatoire est appliqué sur la région précordiale, en dehors du mamelon,

---

Pour les maisons même qui ont cette conduite, la Compagnie des eaux vient de prendre une mesure qui, appliquée à une ville comme Paris, me paraît le comble de l'ineptie. Jusque dans ces derniers temps, la Compagnie faisait aux propriétaires, moyennant une certaine somme, une concession d'eau, sans limiter la quantité dont les locataires pouvaient disposer. Pour je ne sais quel motif, la Compagnie refuse maintenant de renouveler ces concessions à volonté, et les remplace par des concessions limitées, c'est-à-dire que la conduite montante est munie d'un compteur, et que la redevance payée varie suivant la quantité d'eau consommée. Il en résulte naturellement que les contribuables ménagent l'eau autant que possible, et qu'ils ne sont guère disposés, grâce à cette mesure inepte (je le répète) à favoriser l'action du Conseil d'hygiène. Mettre les Parisiens à la ration d'eau, alors que tous les efforts devraient tendre à en mettre à leur disposition une quantité illimitée !

***

Si j'étais dans les bonnes grâces du gouvernement, je lui dirais : « Sans doute, le rachat des chemins de fer aux grandes compagnies peut avoir du bon, mais je crois que la cause de la santé publique doit passer avant tout; c'est pourquoi je vous propose, avant de racheter les chemins de fer, ce qui vous coûtera énormément et ne rendra peut-être pas beaucoup de services à la chose publique, de racheter à la Compagnie des eaux son privilège. Ceci fait, installez dans toutes les maisons construites ou à construire des conduites qui amènent l'eau *à volonté* depuis le rez-de-chaussée jusqu'au dernier étage. Ce n'est pas tout; rachetez aussi le privilège des compagnies de vidange; faites installer dans toutes les maisons, comme c'est l'avis du professeur Brouardel, l'homme de France le plus compétent dans la question, des

afin de ménager la possibilité d'une seconde ponction si cela devient nécessaire. Pourtant les limites de la matité restent stationnaires, et la congestion pulmonaire paraît s'atténuer. (Temp. 39°).

11 novembre. On constate un mieux sensible. La fièvre est tombée, et la température est à 37°8. La dyspnée est moindre, l'œdème précordial s'est atténué, la matité transversale a diminué de près d'un centimètre.

A partir de ce moment, nous assistons à la disparition graduelle de la plupart des symptômes. Le malade reprend des forces; son appétit et son sommeil sont revenus; l'œdème a disparu de la région précordiale; en arrière, on ne constate presque plus de bruit skodique et la congestion pulmonaire des jours précédents a diminué.

Le 15 novembre, on perçoit pour la première fois depuis la ponction un frottement superficiel, très doux, au-devant du cœur; néanmoins, le pouls reste petit et fréquent, à 120, et les veines jugulaires sont toujours un peu turgescentes; il existe évidemment de la gêne dans la contraction cardiaque, soit que le liquide persiste partiellement, soit qu'il se forme des adhérences péricardiques et un début de symphyse cardiaque.

A cette date, les dimensions de la matité précordiale sont les suivantes :

Matité verticale, 13° 1/2 (de la troisième côte au diaphragme).

Matité transversale à la hauteur du mamelon, 11°.

Matité transversale à la base, 14°.

(Nouvelle application de deux cautères sur la région précordiale.)

Pendant la fin du mois de novembre, la convalescence marche régulièrement et tous les symptômes fonctionnels tendent à s'atténuer. L'appétit et le sommeil sont excellents ; il n'y a point de toux, le malade commence à se lever et à se promener dans la salle, sans la moindre oppression; il peut même se livrer à quelques occupations peu fatigantes, telles que le balayage de la salle. Pendant toute cette période, la température, à très peu d'oscillations près, se maintient entre 37°5 et 38°5. Quant aux signes physiques, ils sont beaucoup moins modifiés. La pointe du cœur n'est toujours pas perçue et la matité précordiale est presque la même. (Examen du 25 novembre, matité verticale, 14^c ; transversale mammaire, 10^c; basilaire, 13^c.) L'auscultation révèle, de temps en temps, des frottements très doux; ce qu'on entend le plus habituellement, ce sont les bruits du cœur normaux, mais éloignés et assourdis, sans choc précordial, ni ondulation visible à l'œil nu. Bien que la formation d'adhérences péricardiques soit très probable, aucun signe ne permet d'affirmer le travail pathologique qui s'opère ; à aucun moment, on ne constate de retrait de la paroi thoracique au niveau de la pointe du ventricule. Mais le cœur reste dilaté, comme le témoigne la distension des veines jugulaires.

Au commencement de décembre le malade, entièrement convalescent et n'éprouvant plus aucune oppression, demande un bain que je ne crois pas devoir lui être nuisible. S'est-il refroidi en sortant du bain ? La chose est possible. Le fait est que le soir même, 3 décembre,

---

conduites qui, aboutissant d'une part à tous les cabinets d'aisances, et de l'autre à une immense pompe aspirante, débarrassent la population parisienne de toutes ses déjections et des maladies qu'elles peuvent engendrer. Enfin, faites détruire ou transformer en matière inerte ces matières nuisibles. Alors les mesures recommandées par le Comité d'hygiène deviendront non-seulement praticables, mais encore inutiles, car je suis persuadé que lorsque les Parisiens auront de l'eau à volonté et des vidanges parfaites, ils seront débarrassés, *ipso facto*, des épidémies de fièvre typhoïde et de beaucoup d'autres. Pour vous, si vous n'êtes pas un gouvernement idéal, vous aurez au moins, quand vous quitterez le pouvoir, la conscience d'avoir rempli une œuvre d'utilité publique de premier ordre. »

Voilà ce que je dirais au Gouvernement si j'avais son oreille; comme je ne l'ai pas, je le dis à vous, chers lecteurs, afin que si quelqu'un d'entre vous le peut, il veuille bien présenter ma requête à qui de droit.

***

Tous les journaux, politiques ou médicaux, reproduisent religieusement le bulletin que donne tous les samedis M. le docteur Bertillon sur l'état sanitaire de Paris. On ne peut que les en féliciter, car c'est un moyen de mettre dans leurs colonnes un document utile à côté de tant d'autres qui sont inutiles ou même nuisibles. Seulement je me permettrai, à ce sujet, de faire aux emprunteurs une petite observation.

La plupart d'entre eux, et c'est à ceux-là que je m'adresse, se contentent de reproduire purement et simplement le document en question, sans en indiquer la provenance. Il en résulte : 1° que le public se figure que la rédaction du journal s'est donnée la peine de faire les recherches nécessaires pour arriver à lui donner ces renseignements, et 2° que les actions

il ressent un léger point de côté et présente un peu de fièvre. Le lendemain, à la visite, je constate les signes d'un épanchement pleurétique gauche occupant le cinquième inférieur de la cavité pleurale, avec matité, diminution du murmure vésiculaire et voix égophone. Malgré l'application de ventouses scarifiées, pendant quelques jours l'épanchement progresse et, en même temps, on entend du côté droit des frottements pleurétiques indiquant qu'un travail analogue se produit dans l'autre plèvre. Néanmoins, malgré cette fâcheuse complication, l'état général reste bon et le malade est peu oppressé; il respire seulement plus fréquemment que les jours précédents et tousse souvent; la température oscille entre 38° et 38°7 : les signes physiques de la péricardite vont plutôt en s'amendant. Ainsi, le 8 décembre, les limites de la matité précordiale sont les suivantes :

Hauteur verticale, 14 centimètres.

Matité transversale mammaire, 8 centimètres 1/2.

Matité transversale diaphragmatique, 12 centimètres.

Les bruits du cœur sont toujours sourds, sans mélange de frottements péricardiques; seulement, sur la pointe du cœur, on entend un souffle systolique profond qui paraît être de nature organique. Le pouls est encore petit, fréquent et serré.

Je n'insisterai pas longuement sur la complication de pleurésie. Qu'il me suffise de dire que pendant tout le mois de janvier, le malade a été tenu soigneusement en observation. L'épanchement, qui dans les derniers jours de décembre occupait environ le tiers de la cavité de la plèvre gauche, ne tarda pas à entrer en résolution, sous l'influence combinée du repos, des révulsifs et des diurétiques; dans la première quinzaine de janvier 1882, le murmure vésiculaire s'entendait partout, et il ne restait que de la diminution du son et des vibrations thoraciques. Vers la fin de janvier, l'état général était au moins aussi bon qu'avant l'invasion de la pleurésie. Depuis lors, du côté du cœur, aucun phénomène nouveau ne s'est montré; la matité précordiale est encore plus étendue que dans les conditions physiologiques (12 à 13c de hauteur verticale; 9c, matité transverse mamelonnaire; 12c 1/2, matité transverse diaphragmatique.) La sonorité gastrique remonte maintenant jusqu'au sixième espace intercostal et le point où a été pratiquée la ponction se trouve, actuellement, sur la limite inférieure de la sonorité, ce qui montre bien que le diaphragme a repris sa place habituelle.

Aujourd'hui, 24 février, le malade est dans un état satisfaisant; encore pâle, facilement essoufflé, peu capable d'efforts prolongés, mais marchant facilement, mangeant avec appétit, dormant bien, toussant à peine. La poitrine est légèrement amaigrie; du côté gauche existent des traces de voussure précordiale, mais tout épanchement a disparu; les bruits du cœur sont perceptibles, mais sourds et lointains; la respiration est également faible en arrière et à gauche, au point où a eu lieu la pleurésie. De temps en temps on entend encore quelques frottements pleurétiques du côté droit. Le malade reste fort impressionnable au froid, mais malgré la facilité avec laquelle s'enflamment ses séreuses, nous ne croyons pas qu'il y ait chez lui des menaces de tuberculose. Seulement il est indubitable que la péricardite si grave dont

---

de grâces qu'on devrait adresser à M. Bertillon s'arrêtent au rédacteur en chef du journal. *Sic vos non vobis.*

Cette manière de faire a encore un autre inconvénient. Le public peut se permettre cette réflexion : « Ces journalistes! ils nous disent cela pour nous effrayer, comment ont-ils pu faire pour savoir combien il meurt de gens à Paris dans une semaine, d'une maladie ou d'une autre? » Cette incrédulité peut conduire à l'oubli des mesures à prendre contre les maladies et cela est assez fréquent, à en juger par l'indifférence que mettent la plupart des Parisiens à se garantir du danger des affections contagieuses. Si en tête ou en bas du document on ajoutait : « *Extrait du Bulletin statistique*, publié par les soins de la préfecture de la Seine, sous la direction de M. le docteur Bertillon », on saurait qu'il s'agit d'un document sérieux et il est probable qu'on en tiendrait plus sérieusement compte.

C'est, chers lecteurs, ce que je vous engage à faire.

SIMPLISSIME.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du docteur Gourgeaux, médecin aide-major de première classe, qui a succombé, le 9 octobre, à l'hôpital militaire de Sousse, enlevé par la fièvre typhoïde quelques semaines après son arrivée en Tunisie.

Après les docteurs Leprieur et Hervion, Gourgeaux est le troisième médecin qui meurt à l'hôpital de Sousse dans l'espace de quelques mois, à la suite de la fièvre typhoïde contractée dans son service.

Ces morts sont l'honneur du corps de santé militaire et répondent d'une façon malheureusement trop éloquente aux accusations malveillantes portées contre lui au début de la campagne de Tunisie.

il a été atteint lui a laissé une symphyse cardiaque généralisée, c'est ce que témoignent la petitesse et la fréquence du pouls, ainsi que la persistance du gonflement des veines jugulaires. La lésion inflammatoire du péricarde est guérie, mais le malade reste exposé à toutes ses conséquences cardiaques secondaires.

MÉDECINE LÉGALE

LE PROJET DE DÉPLACEMENT DE LA MORGUE.

M. le professeur Brouardel, auquel la Faculté de Paris doit de si grandes améliorations dans l'enseignement de la médecine légale, vient d'adresser à M. le préfet de police une lettre dans laquelle il fait connaître l'urgence de la reconstruction de la Morgue.

Au point de vue de l'enseignement, cet établisssement présente les précieuses ressources d'un nombre annuel supérieur à 500 cadavres. Aucun des Instituts de médecine légale de l'étranger, et M. le docteur Brouardel les a visités en Angleterre, en Italie, en Allemagne, ne dispose d'une telle abondance de moyens de démonstration. On a bien objecté, à tort assurément, que dans les recherches criminelles l'expertise publique avait des inconvénients.

L'éminent professeur fait remarquer que cette objection est sans valeur, et que si « à l'hôpital « l'élève est la sauvegarde du malade, c'est parce que le chef de service est tenu de ne pas « compromettre son autorité... en faisant des erreurs de diagnostic ou en négligeant ses ma- « lades; de même à la Morgue une autopsie médico-légale, faite devant des élèves et des « docteurs, ne peut pas être pratiquée légèrement. »

Un établissement de ce genre devrait posséder un cabinet d'histologie, des laboratoires de recherches toxicologiques, physiologiques et chimiques. Avec l'organisation actuelle, il faut transporter les pièces et les substances à examiner dans des locaux disséminés au loin et appartenant à des établissements divers. Ces conditions peuvent être préjudiciables à l'examen scientifique des pièces, et entraînent des pertes de temps qui retardent le dépôt des rapports au parquet. D'ailleurs une expertise ne peut être conduite dans des conditions irréprochables que si les recherches sont « faites les unes à côté des autres, sous une même « direction; les résultats d'un de ses examens étant nécessairement le contrôle de la valeur « des autres. »

Les intérêts de la justice sont donc les mêmes que ceux de la science. Mais à côté de ces motifs majeurs de la création d'une Morgue qui soit un véritable Institut médico-légal, il est d'autres raisons qui démontrent l'urgence de la question.

Pendant que les pouvoirs publics hésitent et délibèrent, les éléments, et parmi eux le plus perfide et le plus humide, préparent une solution assurément radicale et peut-être auss opportuniste de la question. Déjà par des affouillements de la Seine, deux salles (salles du dépôt et d'autopsie) sont effondrées. D'autres excavations minent les diverses parties du bâtiment. On serait presque disposé, en présence de ces dangers matériels, à paraphraser une métaphore parlementaire autrefois célèbre. Si le char de l'état naviguait sur un volcan, les expertises médico-légales se font actuellement sur un précipice.

Les intérêts municipaux sont aussi engagés dans cette question. Une seule pièce sert à la réception des corps, à leur nettoyage, à leur mise en bière, aux cérémonies de certains cultes et à la visite des familles qui viennent reconnaître les décédés. Le greffe est une salle unique, servant au passage des élèves, des ouvriers et du public. A chaque instant le secret des recherches judiciaires ou des confidences des familles est exposé à être méconnu dans ce va-et-vient d'employés et de visiteurs.

L'exposé de ces faits montre l'urgence de la translation de la Morgue sur un terrain plus solide et sa réédification dans des conditions plus favorables aux recherches judiciaires et aux intérêts scientifiques. Comment ne pas s'associer à l'éloquent plaidoyer de l'éminent professeur, qui voudrait patriotiquement placer l'école française à la tête de la science médico-légale? — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 octobre 1882. — Présidence de M. Blanchard.

M. Dumas mentionne, parmi les pièces de la correspondance, une notice de M. Borelli, employé au marché aux poissons de Marseille. Il résulte des observations de M. Borelli que

la pêche aux grands filets traînants, manœuvrés par deux bateaux, détruit autant d'espèces nuisibles qu'elle prend d'espèces utiles; sur un million et demi de kilogrammes de poissons apportés au marché pendant l'année 1881, à la suite de cette sorte de pêche, la moitié se composait d'espèces qui détruisent les poissons les plus recherchés. Cette pêche doit donc être encouragée. Il n'en est pas ainsi de celle qui consiste à prendre les poissons dans les endroits où ils passent pour aller déposer leur frai. Celle-ci est préjudiciable à l'avenir. Autant pourrait-on en dire de l'emploi des matières explosibles, dynamite, picrate de potasse, qui, éclatant au fond de l'eau, non-seulement tuent le poisson par la secousse violente qu'elles déterminent, mais sont cause que le poisson s'éloigne pour longtemps des régions qui ont été ainsi troublées.

A propos des communications auxquelles donne lieu l'observation de la dernière comète, M. le secrétaire perpétuel fait remarquer que le 18 septembre les raies du sodium furent manifestement visibles dans le spectre de la comète; mais que le 9 octobre les raies disparurent et ne furent plus retrouvées depuis cette époque. C'est un phénomène jusqu'à présent inexpliqué.

Les lettres reçues des différents missionnaires scientifiques, envoyés dans l'hémisphère austral pour observer le passage de Vénus, apportent toutes de bonnes nouvelles. Partout les instruments sont arrivés en parfait état et l'installation s'en fera bien.

M. Larrey annonce, de la part de M. de Lesseps, qu'on s'occupe activement à Panama de la construction d'un hôpital.

M. Alb. Gaudry dépose sur le bureau, de la part de M. Mortillet, un volume intitulé : *Le préhistorique*.

M. Dumas offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le professeur Wiedmann, qui assiste à la séance, le premier volume du *Traité d'électricité* que ce savant publie en ce moment. M. Dumas loue surtout l'auteur du soin avec lequel il a indiqué les origines des travaux qui ont l'électricité pour objet. Le traité est non-seulement didactique, mais historique.

M. le Président annonce que MM. Spotiswood et Helmholtz, correspondants étrangers, assistent à la séance, et leur souhaite la bienvenue.

M. Alph. Milne-Edwards, revenant sur ce qui a été dit de la mission concernant le passage de Vénus, ajoute que quelques naturalistes ont éeé adjoints à la mission, et qu'il a reçu déjà trois caisses, envoyées par les soins du groupe qui accompagne M. Fleuriais. Ces caisses renferment des dauphins et des otaries (phoques à oreilles). Elles ne sont pas encore déballées. Le seront-elles jamais?

M. Bouley présente, au nom de MM. Napias et Martin, un volume relatif aux progrès de l'hygiène publique, de l'année 1778 à 1882. Pour donner une idée de ce qui peut être obtenu par des mesures bien entendues, les auteurs rappellent, entre autres faits, que la mortalité à la Maternité de Paris était, en 1864, de 20 p. 100. Le chirurgien en chef, M. Tarnier, rechercha et fit disparaître successivement les causes de contagion, de telle sorte que la mortalité tomba, en 1881, à 1 p. 100. Enfin, dans le pavillon qui porte son nom et dans lequel chaque accouchée est isolée, sur plusieurs centaines d'accouchements (1683 ?) pratiqués du 20 mai 1880 au 1er juillet 1882, il n'y eût pas un seul décès...

Le livre de MM. Napias et Martin est renvoyé à la commission des prix Montyon.

M. Bouley présente encore, de la part de M. Varmesson, un opuscule écrit pour les enfants des écoles et concernant la rage. M. Bouley termine le vif éloge qu'il fait de cet ouvrage, par un aphorisme que ses collègues de toutes les académies feront bien de retenir : « Les livres, dit-il, n'ont pas besoin d'être gros pour être bons » — pour les autres aurait-il pu ajouter; mais, pour les auteurs, c'est peut-être autre chose. — M. L.

M. Daubrée, en présentant à l'Académie le « Catalogue de la collection des météorites du Muséum d'Histoire naturelle au 1er juillet 1882 », fait les observations suivantes :

« Comme suite aux Catalogues de la collection de météorites au Muséum, qui ont été successivement publiés les 15 décembre 1863, 15 décembre 1864, 31 mars 1868 et 1er août 1878, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie le Catalogue de cette même collection au 1er juillet 1882.

L'examen de ce Catalogue, comparé aux précédents, montre d'abord les accroissements qui ont enrichi la série des chutes représentées au Muséum.

Leur nombre s'élève à 306, y compris celles des fers météoriques, aussi certaines que les autres, bien que la plupart n'aient pas eu de témoins.

Parmi les nouvelles acquisitions, il en est qui méritent d'être particulièrement mentionnées. Telles sont en première ligne, celles que nous devons à l'inépuisable générosité de notre savant Correspondant M. Lawrence Smith, de Louisville. Elles comprennent une masse de fer découverte au Mexique, à Cohahuila, pesant 150 kilog., ainsi que plus de trente autres échantillons de météorites, tous d'une grande valeur scientifique et pécuniaire.

Feu Mgr l'évêque de Saint-Brieuc David mérite aussi notre gratitude pour le gros bloc de la météorite de Maël-Pestivien, tombé le 26 novembre 1874, du poids de plus de 4 kilog., dont il nous a fait don.

M. Alexandre Herschel s'est dessaisi en notre faveur d'un spécimen de la pierre de Middelsborough (14 mars 1881).

Des échanges faits avec le British Museum, le Musée de Vienne et des particuliers ont également diminué le nombre de nos lacunes.

Parmi nos achats, qui sont très nombreux, il faut mentionner celui d'un gros bloc de plus de 50 kilog. de la masse tombée à Estherville, aux États-Unis, le 10 mai 1879, et qui est très remarquable par sa nature minéralogique et par sa structure, ainsi que de nombreux représentants de la chute qui a eu lieu le 3 février dernier à Mocs, en Transylvanie.

Déjà, sur le Catalogue de 1868, j'avais substitué, à la simple distinction adoptée jusque-là des pierres et des fers météoriques, une classification proprement dite, comprenant les catégories que j'ai désignées sous les noms d'*Holosidères*, de *Syssidères*, de *Sporadosidères* (qui se subdivisaient en Polysidères, Oligosidères et Kryptosidères) et enfin d'*Asidères*.

Dans le Catalogne actuel, on trouvera chacune de ces classes de météorites distribuée entre les divers types lithologiques que l'analyse minéralogique a permis d'y reconnaître et dont la plupart ont été établis par M. Stanislas Meunier.

Cette disposition a rendu indispensable d'ajouter au Catalogue méthodique un index alphabétique, permettant de retrouver immédiatement une chute quelconque au milieu de cette classification.

Une autre innovation, introduite d'ailleurs à l'exemple du *British Museum*, consiste dans une introduction qui, en quelques pages, résume toutes les notions essentielles sur le phénomène de la chute, sur l'historique de la question et sur les caractères les plus généraux des masses provenant des espaces célestes qui échouent sur notre globe. »

FORMULAIRE

POUDRE ANTIDIARRHÉIQUE. — BRAUN.

Acide tannique.	0 gr 20 centigr.
Opium brut pulv.	0 gr 05 centigr.
Gomme arabique pulv.	5 grammes.

Une prise toutes les 3 heures, aux enfants de 10 ans au moins, atteints de catarrhe intestinal aigu. — Cataplasmes sur le ventre, diète, boissons mucilagineuses en petite quantité.

N. G.

COURRIER

LES MÉDECINS DES HÔPITAUX. — Les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux donnent gratuitement, comme on le sait, leurs soins aux malades ; ils ne reçoivent aucune espèce de rémunération ; seulement il leur est alloué une indemnité de déplacement qui varie de 1,200 à 1,500 francs, suivant que l'hôpital est ou non considéré comme excentrique.

Cette indemnité déjà fort ancienne est devenue aujourd'hui dérisoire, et l'administration ne peut avoir la prétention de la mettre en rapport avec les frais imposés.

Aussi M. le directeur de l'Assistance publique vient-il de proposer au Conseil municipal, dans son projet de budget pour 1883, de porter l'indemnité allouée aux médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris,au taux uniforme de 2,000 francs et celles des médecins attachés aux établissements hospitaliers situés hors Paris, à 3,500 fr.

Cette réforme doit être considérée comme une simple preuve de bonne volonté, car il est bien évident que, malgré cette augmentation, l'indemnité de déplacement ne suffira pas à couvrir la dépense à laquelle elle devrait correspondre.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. le directeur de l'Assistance publique a donné lundi dernier, au Conseil municipal, la situation exacte des hôpitaux depuis le commencement de l'épidémie de la fièvre typhoïde :

Le 2 octobre, au matin, il existait dans les hôpitaux de Paris, 1,166 malades de la fièvre typhoïde.

Du 2 au 8 octobre, il en était entré 1,001 ; il en était sorti, après guérison, 244 ; dans le même laps de temps, 78 avaient succombé.

Le total des typhoïdiques en traitement dans les hôpitaux, le 9 au matin, était donc de 1,845.

Du 9 au 22 octobre, 1,147 typhoïdiques sont entrés dans les hôpitaux, et les décès ont atteint le chiffre de 208.

L'épidémie est donc évidemment en décroissance; le chiffre des décès, qui, heureusement, n'a jamais été bien nombreux, si on le compare au chiffre des malades, a sensiblement diminué cette semaine.

Si le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux ne décroît pas, cela tient à ce que les typhiques doivent rester longtemps en traitement, ce qui fait que les sorties peuvent difficilement balancer les entrées. Il faut ajouter que le nombre des places mises à la disposition de l'administration de l'Assistance publique dans les asiles de convalescence est très restreint, et qu'il y a actuellement, dans les établissements hospitaliers, plus de 150 convalescents qui seraient beaucoup mieux à Vincennes.

Le directeur de l'Assistance publique, après avoir exposé au Conseil les ressources de nos hôpitaux au moment où la fièvre typhoïde a pris un caractère épidémique, ajoute :

Il y a aujourd'hui 1,495 lits suplémentaires pour faire face aux besoins de l'épidémie.

Il y a eu, relativement, peu de cas intérieurs : 24 en tout, depuis le commencement de l'épidémie, parmi les malades; le personnel hospitalier a payé son tribut : 11 infirmiers et infirmières et religieuses ont été atteints de la fièvre typhoïde ; ils sont tous en voie de guérison.

M. le préfet de police a complété les renseignements donnés, en faisant connaître les décès à domicile :

Du 22 septembre — date du commencement de l'épidémie — au 5 octobre, les décès ont été de 93; du 6 au 12 octobre, de 130; du 13 au 19, de 123.

Nous sommes donc dans la période décroissante.

Tous les ans, à pareille époque, il se produit une recrudescence de décès typhiques. Cette année, les décès ont été plus nombreux; mais, par rapport au nombre de malades, l'épidémie n'a pas été très meurtrière. J'ai saisi le Conseil d'hygiène de la question. Il a rédigé des instructions pour désinfecter les locaux occupés par les malades. Ces instructions ont été publiées dans les journaux et répandues dans tous les commissariats de police. Je n'ai pas cru devoir aller jusqu'à l'affichage. . . . .

Le Conseil d'hygiène a rédigé, en outre, un questionnaire, dans le but d'essayer de discerner les causes de l'épidémie. C'est un sujet délicat; les causes sont sans doute multiples. Mais nous espérons, en faisant appel au dévouement des médecins, donner à la science des renseignements utiles.

Mais, je le répète, l'épidémie est en pleine décroissance.

École d'accouchements de Pau. — *Avis.* — Un concours pour la nomination du directeur-professeur du cours d'accouchements de Pau, aura lieu à la préfecture des Basses-Pyrénées, où les candidats devront se faire inscrire avant le 30 novembre et produire à l'appui de leur demande : l'acte de naissance; un certificat de bonne vie et mœurs ; une note indiquant leurs antécédents et les travaux auxquels ils se seront livrés; leurs titres et diplômes.

Tout candidat devra être docteur en médecine et justifier qu'il a été attaché pendant une année au moins, à titre d'interne, à un service d'accouchements dans une Faculté ou une École secondaire de médecine ou à la Maternité de Paris.

Après examen et classement des titres par la commission instituée à cet effet, le préfet nommera le nouveau titulaire. — Les candidats seront informés du résultat du concours.

Conférences pratiques d'anatomie pathologique. — M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique, commencera le mardi 7 novembre, à 10 heures du matin, à l'hôpital de la Pitié, des conférences pratiques qui seront continuées les vendredis et mardis suivants. La leçon consistera essentiellement dans une autopsie faite devant les élèves et suivie de présentation de pièces.

Les étudiants qui se feront inscrire auprès de M. Babinsky, interne du service, seront exercés à faire eux-mêmes des autopsies sous la direction du professeur.

— Nous venons d'apprendre que le Vinaigre antiseptique de J.-A. Pennès était admis dans les hôpitaux de Paris. On dit que ce produit peut être utilisé avec de grands avantages pour le traitement de la fièvre typhoïde.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS CRITIQUES SUR LE MASSAGE UTÉRIN;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 10 juin 1882,

Par le docteur E. MARCHAL.

Le massage, depuis longtemps appliqué avec succès dans de nombreuses affections de l'appareil locomoteur, a été, dans les vingt dernières années, introduit à diverses reprises dans la thérapeutique utérine, sans y avoir jamais pris pied définitivement. On peut même dire qu'à l'heure actuelle, en France tout au moins, aucun essai de quelque valeur n'est plus tenté dans cette voie. Et cependant c'est chez nous que l'on trouve les premiers travaux sur le sujet.

Il n'est peut-être pas inutile d'examiner si réellement cette méthode est condamnée en dernier ressort, après mûre expérimentation, de constater quel est l'état de la question à l'étranger, et de voir s'il n'y a pas lieu d'y trouver un encouragement à de nouveaux essais.

Nous nous garderons d'entrer dans la description technique des procédés de massage en général dont la nomenclature un peu bizarre comprend l'effleurage, le pétrissage, les frictions, le foulage, etc. Nous nous efforcerons également de ne point nous égarer trop longtemps dans ce court aperçu parmi les théories, qui ont pour but d'expliquer le mode d'action du massage tel que nous le voyons appliquer à diverses régions du corps. Sur ce point, quelques indications bien limitées au massage de l'appareil utérin, suffiront à notre tâche, sans même que nous ayons la prétention de conclure en pareille matière.

Un suédois, absolument étranger aux sciences médicales, Brandt, fit ces premières applications méthodiques du massage à l'utérus et à ses annexes, et en décrivit les procédés et les indications tels qu'il les comprenait. C'est dire que cette thérapeutique se présentait sous des auspices peu favorables. Des élèves de Brandt et des imitateurs, pour la plupart plus compétents que lui, modifièrent les pratiques de Brandt dans un esprit plus scientifique. Leurs travaux reçurent quelque publicité, notamment par des discussions qui eurent lieu dans des Sociétés savantes de Suède et par des critiques publiées dans la presse allemande. A Paris, en 1876, Norström, un Suédois également, publia les résultats de sa pratique, en plaidant la cause du massage utérin. Avec quelques observations intéressantes venues d'Amérique, ces indications éparses constituent à peu près toute la littérature relative au sujet. N'oublions pas cependant de mentionner, à raison de leur priorité, les travaux d'Estradère et de Phélippaux chez nous en 1863 et 1870.

C'est un ensemble de documents assez maigre, on le voit, encore faut-il en élaguer quantité de détails inutiles ou absurdes.

Nous avons cru profitable d'en résumer les points de vue utiles. En effet, il n'y a pas lieu d'être surpris qu'une forte dose d'ignorance et une moindre de charlatanisme, dont diverses publications portent le cachet, n'aient puissamment contribué à faire écarter la pratique du massage sans grand examen. Une autre circonstance lui est également fort défavorable : il s'agit ici d'une habileté manuelle à acquérir par le praticien, ou d'un dressage de l'auxiliaire chargé du massage ; il s'agit d'une dépense de force beaucoup plus considérable qu'il ne semble tout d'abord, enfin d'une perte de temps également très sérieuse. Si l'on tient compte de ce que toute expérimentation entraîne de difficultés en outre de celles que l'on peut rencontrer de la part des malades, on est *a priori* tenté d'admettre qu'il se pourrait que la défaveur, et même l'oubli dont le massage utérin est l'objet, ne sont pas dus à des considérations d'ordre scientifique résultant de la critique théorique ou de l'expérimentation.

Nous n'entendons nullement en induire que la méthode est utile, pratique, mais simplement qu'elle est à examiner, à expérimenter, et la recherche que nous faisons ne saurait nous suggérer d'autres conclusions.

Qu'il nous soit permis cependant, avant de résumer ce qui nous paraît mériter l'expérimentation, de rappeler en quelques mots ce qui constitue à vrai dire l'élément charlata-

nesque de la méthode, afin de faire bien sentir la défaveur qui a dû nécessairement rejaillir sur des procédés scientifiques dont le grand inconvénient est de rappeler de semblables pratiques. Un élève de Brandt, Nissen, rendit compte en 1875, devant la Société médicale de Christiania, des procédés employés. Voici ce qu'on y trouve notamment : On commence par une gymnastique générale, mouvements du dos et des extrémités supérieures pour décongestionner l'utérus, ou des extrémités inférieures et de la région hypogastrique pour amener au contraire le sang vers l'utérus, suivant les besoins. Puis on passe aux mouvements proprement dits de Brandt. Ce sont essentiellement des pressions sur les nerfs du bassin pour exciter l'activité vitale des parties auxquelles ils se distribuent. Pressions sur le plexus solaire pour exciter ses expansions, les plexus spermatique et hypogastrique inférieurs, pression sur le génito-crural au-dessus de la symphise pour agir sur ses branches allant au ligament rond, enfin, pression tremblotante sur le nerf honteux interne au-dessous de la symphise pour agir sur la musculature du vagin ; également pression tremblotante sur la paroi du vagin de chaque côté de l'urèthre pour le même motif. La description de ces deux dernières pratiques pourrait être remplacée par un mot unique, qui suffirait à caractériser le procédé.

Ces manipulations préalables, suivies d'autres plus rationnelles, telles que l'élévation bi-manuelle de l'utérus et le massage de tout le bassin, sont appliquées à toute sorte d'hypertrophie, subinvolution, métrorrhagie, ovarite, cellulite chronique, tension des ligaments et fibromes. L'auteur attaque également les tumeurs liquides et pense en avoir fait disparaître, notamment une sorte d'hydropisie des trompes qu'il a fait écouler au dehors, sans danger, paraît-il. Il ne connaît pas un cas de prolapsus complet qui n'ait été guéri, et considère que les pessaires sont désormais inutiles. Enfin, la méthode de Brandt est appliquée sans danger dans les trois premiers mois de la grossesse et huit semaines après l'accouchement.

Mais nous avons hâte de passer à une pratique moins surprenante. Il est bien évident que chacun des cliniciens qui ont fait connaître leurs expériences a employé des procédés différents. Voici comment il nous semble qu'on peut résumer les pratiques de Asp à Helsingfors, celles de Brandt qui prêtent le moins à la critique, celles de Larkson, en Amérique, que nous trouvons résumées dans un article fort bien fait paru en 1880, et d'autres encore, — un ensemble de procédés enfin, contre lequel des autorités telles que Hégar et Chrobach ne voient pas d'objections au point de vue de l'expérimentation.

Les différentes manipulations comprises sous le nom de massage utérin peuvent se diviser en quatre groupes : celles d'abord qui sont motivées par des lésions dont le siège est facilement accessible de l'extérieur, en même temps que quelque partie du système osseux de la patiente offre une base résistante pour le massage.

Puis nous trouvons les manipulations qui s'adressent à toute la région abdominale inférieure et qui ne constituent, le plus souvent, qu'une opération préliminaire. Dans un troisième groupe, nous rangerons les opérations du massage pratiqué sur l'appareil utérin par la paroi abdominale, et, enfin, nous aurons à décrire le massage bi-manuel par le vagin et la paroi abdominale.

Les cas du premier groupe sont généralement des exsudats sous-péritonéaux périnutritiques très superficiels, point mobiles, ou placés dans la paroi abdominale immédiatement au-dessus du ligament de Poupart. Dans ce cas, le pubis fournit une base solide, et pour Chrobach, il ne peut être question de reculer devant le massage.

Mais, le plus souvent, on n'aura pas la ressource d'agir d'une manière aussi élémentaire, et c'est alors que l'on aura recours tout d'abord au massage hypogastrique : on vide la vessie et la malade est couchée, le dos sur une surface résistante. Des deux mains, l'opérateur soulève et presse entre la paume et les doigts la peau et les tissus superficiels. Tous les points de la paroi abdominale, jusqu'au niveau de l'ombilic, sont successivement soumis à cette manipulation. Puis on recommence en saisissant les tissus plus profonds et en augmentant de force. Ces sortes de pincement doivent alterner avec des frictions, faites avec la paume et les doigts étendus ; le tout dure de cinq à dix minutes ; la peau a été préalablement graissée, et l'on procède avec la plus grande délicatesse. Dans bien des cas, en effet, la douleur paraît avoir son siège dans les parois ; et le massage abolit peu à peu cette sensibilité. Quelquefois, il faut plusieurs séances pour arriver à ce résultat préliminaire ; enfin, on obtient ainsi la souplesse nécessaire des parois pour pouvoir ensuite atteindre efficacement l'utérus. Peut-être serait-il avantageux d'appliquer au massage de l'appareil génital de la femme, dans ces deux premières formes, ce procédé recommandé et appliqué par Ziemssen au massage en général, c'est-à-dire d'opérer dans un bain chaud. La douleur est moins accusée et la contraction musculaire moins intense. Il y ajoute même l'action d'une douche chaude dirigée sur la partie à masser. La pression exercée par la douche facilite le travail du masseur, assouplit la peau, et de plus, attire l'attention du malade qui résiste moins.

Après cette opération préliminaire on procède, suivant les cas, au massage par la paroi ab-

dominale, ou au massage par la paroi et le vagin simultanément. Lorsqu'il s'agit d'un utérus hypertrophié, dépassant suffisamment le pubis pour pouvoir être saisi entre les doigts par son fond ou par tout autre point, lorsque la paroi abdominale est très lâche, peu chargée de graisse, les deux mains sont appliquées à plat sur l'abdomen, l'extrémité des doigts dirigée vers le pubis; puis, par une pression courte et continue, l'on cherche à pénétrer dans le petit bassin et à saisir l'utérus, qui est soumis à une sorte de pétrissage qui échappe évidemment à toute description générale; il nous semble puéril, en effet, de prescrire, selon l'école de Brandt, de soulever la portion saisie d'un mouvement lent et tremblotant en haut et en avant, et de répéter le mouvement trois fois dans chaque séance.

Si la plupart des cas d'affections utérines ou périutérines dans lesquels on peut juger à propos d'essayer le massage, ne nécessitaient d'autres manipulations que celles que nous venons d'indiquer, cette pratique différerait peu de celle du massage, tel qu'il est appliqué dans d'autres affections.

Il n'en est pas ainsi cependant, et le plus souvent il sera nécessaire de recourir au massage par le vagin. Voici comment on peut le pratiquer : l'index et le médius d'une main sont introduits dans le vagin, et leurs extrémités, portées dans le cul-de-sac postérieur, poussent le col en avant plusieurs fois de suite, afin de donner de la mobilité à l'utérus, si nous supposons que c'est cet organe qui doit être soumis au massage. La main externe est ensuite placée sur l'abdomen, et cherche à saisir l'utérus, les deux doigts de la main interne servant de point fixe. Quand l'organe est bien saisi, on le comprime entre les doigts des deux mains à plusieurs reprises, chaque fois pendant quelques secondes. On alterne avec des mouvements d'élévation de l'organe. Puis on renouvelle des manœuvres analogues, en plaçant cette fois les doigts dans le cnl-de-sac antérieur. Il est évident que de telles prescriptions ne peuvent avoir rien de sacramentel, et qu'il s'agit en somme de saisir, le mieux que l'on pourra, le corps utérin entre les deux mains, et d'exercer sur lui des pressions intermittentes, ressemblant plus ou moins à un pétrissage. Il ne paraît pas que l'introduction d'un seul doigt dans le vagin permette d'arriver à un résultat utile.

Mentionnons pour mémoire l'introduction des doigts par le rectum, recommandée, quand elle est possible, par Jackson. On conçoit que l'on atteindrait ainsi plus aisément les diverses parties de l'utérus ou des indurations périutérines, que l'on pourrait mieux fixer également. Mais, à part quelques cas à indications très urgentes, dans lesquels il faudrait avoir recours au chloroforme, cela rentre évidemment dans le domaine de la spéculation. Notons, pour en finir avec ce qui est relatif au procédé, que Asp, à Helsingfors, fait exécuter les différentes manipulations du massage utérin exclusivement par une femme.

Que se propose-t-on par toutes ces manipulations, et comment peut-on concevoir leur action curative? C'est là une question extrêmement complexe, et qu'à notre regret nous ne trouvons traitée d'une manière satisfaisante dans aucun des travaux relatifs au massage utérin. Essayons de résumer les opinions assez confuses qu'ils contiennent.

Le plus souvent, nous voyons que l'on cherche à remédier à l'état d'hyperémie passive, de stase et d'engorgement des organes, du corps de l'utérus principalement. D'autres fois, ce sont des exsudats que l'on entend faire résorber, des exsudats à tous les états, depuis les liquides collectés, jusqu'aux exsudats entièrement solides. Puis c'est la laxité des tissus à laquelle on cherche à porter remède, en activant la contractilité de la fibre lisse. Enfin, et concurremment avec ces divers effets, on espère le plus souvent améliorer la nutrition, sans doute par une action tonique sur le système nerveux. Dans bien des cas, le but du thérapeutiste est indiqué d'une manière insuffisante et le mode d'action du massage, tel qu'il le conçoit, comporte tout à la fois plusieurs de ces explications. On pourrait également, et ce côté de la question a été assez généralement négligé, admettre que le massage a pour effet de mobiliser l'utérus. Quoi qu'il en soit, et si l'on met à part ce dernier point, on peut ranger les effets possibles du massage sous deux chefs : Effets sur la circulation, effets sur l'innervation. De là à mettre en présence deux théories exclusives, une théorie vasculaire et une théorie nerveuse, il n'y a qu'un pas. Nous nous garderons cependant de le franchir, car il nous semble fort probable que les effets utiles du massage sont dus à son action sur l'un et l'autre des deux systèmes vasculaire et nerveux.

En ce qui concerne l'action vasculaire, Chrobrack nous déclare qu'on ne peut nier que le massage agit puissamment sur la circulation du sang et de la lymphe, et qu'il amène encore de la résorption là où tout le reste échoue. Pour Wagner, son effet est surtout de faciliter et d'augmenter la résorption et d'activer la circulation; le pétrissage fait passer les sucs parenchymateux dans les voies lymphatiques, et favorise la résorption des exsudats en dissociant leurs parties consistantes; le tissu hyperplasié se trouve écrasé, ses vaisseaux de nouvelle formation extravasent, puis s'oblitèrent, tandis que les divers débris passent dans les voies lymphatiques, immédiatement, ou sous forme de détritus graisseux. Pour Jackson les diverses

pressions et frictions comprises sous le nom de massage dissipent la stase, qui est l'élément principal des différentes hyperplasies de l'utérus, au moins dans leur première période.

Nous concevons bien que pendant l'opération il doit se produire une sorte de déplétion vasculaire, mais comment devient-elle durable? La théorie nerveuse pourrait seule, ce nous semble, en rendre compte. Le même observateur remarque que la stase des vaisseaux de l'utérus, — due dans un grand nombre de cas à des exsudats périutérins gênant la circulation en retour par les vaisseaux utérins qui les traversent — se trouve atténuée indirectement par la résorption de ces mêmes produits inflammatoires.

Quant à l'action sur le système nerveux, elle intervient certainement dans bien des cas, peut-être dans tous. Il s'agit sans doute moins de la résorption d'exsudats disposés dans les faisceaux nerveux, que de modifications moléculaire dans l'état des fibres nerveuses, au sujet desquelles on en est réduit à des hypothèses. Sans attacher grande importance à l'effet du massage selon le trajet connu des troncs nerveux, tel qu'il est pratiqué avec prédilection par l'école de Brandt, nous reconnaîtrons qu'il est infiniment probable que les effets utile constatés au point de vue de la nutrition, au point de vue de la contractilité des fibres lisses dans les cas d'atonie et de laxité, sont dus à des actions nerveuses qui donnent aussi l'interprétation la plus plausible de la diminution durable des stases veineuses.

On pourra trouver vague et insuffisante l'explication sommaire que nous venons de donner de l'action du massage. Nous n'y contredisons point, mais de ce que l'action d'un agent curatif est mal expliquée, on ne saurait conclure de son infériorité. L'action du massage utérin n'est, en effet, pas plus connue dans ses effets intimes, que celle de bon nombre d'autres agents très actifs de la thérapeutique utérine, elle est la même que celle du massage des muscles et des viscères, dont nous pouvons chaque jour constater les effets.

En ce qui concerne les indications l'obscurité est fort grande également. On a fait du massage avec plus ou moins de succès dans presque toutes les affections utérines ou périutérines. Toutefois, d'après ce que nous venons de dire de son action, c'est évidemment dans les diverses formes d'hypertrophie de l'utérus que ce massage paraît le plus applicable. Assurément un très grand nombre, parmi les affections du système génital de la femme, sont accompagnées d'hypertrophie utérine ou bien essentiellement constituées par cette altération.

L'on sait d'ailleurs que tous les traitements imaginables donnent de maigres résultats. Pour G. Thomas, le pronostic est défavorable en ce qui concerne la guérison complète, et pour Scanzani, il faut absolument y renoncer quand l'affection est invétérée. C'est à peu près là l'avis de tous les auteurs.

Quelle que soit la cause de l'hyperplasie, il faut essentiellement distinguer entre la phase de stase, ou de congestion, d'hyperplasie cellulaire et celle d'induration. C'est dans la première seule que le massage peut être utilement tenté; encore faut-il qu'il n'y ait aucun accident aigu, comme nous le rappellerons plus loin.

Tous les praticiens qui ont fait du massage utérin l'on essayé contre l'hypertrophie utérine. Asp a traité 72 cas, parmi lesquels il affirme que les métrites chroniques lui ont donné une grande majorité de succès. Norström, sur 138 cas de métrite chronique aurait obtenu 43 guérisons et 70 améliorations; Jackson Rures, en enregistrant des succès plus modestes, applique le massage exclusivement au traitement de cette affection.

Notons cependant, en regard de statistiques aussi merveilleuses, que Hégar considère les résultats comme peu favorables, précisément là où on aurait dû s'attendre à les voir bons, c'est-à-dire dans la métrite chronique.

On a fréquemmant appliqué le massage à la guérison ou à l'amélioration du prolapsus à ses différents degrés. Brandt l'employait surtout dans ces cas, de même que son élève Faye. Norström donne des statistiques comprenant 10 guérisons sur 12 cas traités. Hégar constate que contre toute prévision c'est dans ces cas que le massage paraît le mieux réussir.

Les noyaux d'induration périutérins ont été moins fréquemment soumis au massage. Cependant, avec les hyperplasies du corps de l'utérus, ce sont là les cas qui offrent les indications les plus nettes. Chroback a obtenu des résultats positifs dans des cas de noyaux considérables d'induration extra-péritonéale. Hégar considère les indurations des ligaments larges comme justifiant des essais à tenter avec le massage, en présence surtout du peu de ressources que la thérapeutique offre dans ces cas. Asp se flatte d'avoir obtenu de bons résultats; enfin, dans la clinique de Howitz, il a été fait dans ces cas un usage fréquent du massage; les observations seraient toutefois trop peu nombreuses pour fournir une preuve scientifique de l'utilité de la méthode, bien que suffisantes pour encourager les essais. C'est à ce point de vue que nous nous rallierons, et nous ne doutons pas que tôt ou tard le massage ne soit expérimenté plus largement dans bien des cas de pelvi-péritonite ancienne.

Les déplacements utérins, flexions et versions, ont été fréquemment traités par le massage

sans que l'on paraisse avoir obtenu grand succès. On s'explique comment on a pu espérer, dans le cas de laxité de divers ligaments, obtenir des effets utiles d'un procédé, qui active évidemment la nutrition, mais on ne peut que blâmer des conseils tels que ceux de Brandt, qui recommande de rompre ou de relâcher des adhérences, même en employant la force. Asp déclare n'avoir rien obtenu dans les cas de déplacements, si ce n'est une amélioration des symptômes.

Des tumeurs solides telles que des fibromes ont également été traitées par le massage. Moins que dans tout autre cas, il paraît ici justifié : on aurait cependant également obtenu une amélioration dans les symptômes.

Il n'est pas jusqu'aux tumeurs liquides qui n'aient été soumises au massage. Il nous semblerait être ici dans le domaine de la fantaisie pure, si nous n'avions l'autorité de Winiwarter, qui affirme avoir obtenu par le massage la diminution d'un kyste de l'ovaire. Comme le fait remarquer Hégar, il s'agit ici d'une résorption partielle du contenu et d'un résultat transitoire.

Enfin, le massage a été appliqué au traitement de l'hématocèle rétro-utérine. Un seul cas a été publié, et nous entrerons dans quelques détails à ce sujet, malgré le côté audacieux d'une pareille intervention, parce que cette observation se présente sous l'autorité de Fritsch, ayant été accueillie dans le journal qu'il dirige, et qu'elle renferme des points bien étudiés et intéressants. Elle est due au docteur Rounstirn de San-Francisco. Ce praticien fut appelé en 1880 auprès d'une femme de 27 ans, mariée et mère de deux enfants, qui se plaignait d'un ensemble de symptômes qui, joints au résultat de l'examen, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic : hématocèle rétro-utérine, et commencement d'avortement. Cette femme, n'ayant pas eu ses règles pendant deux mois, et redoutant une grossesse, après diverses tentatives d'avortement infructueuses, avait eu recours à un bain électrique dans lequel les piles d'une puissante batterie à courant constant furent placées sur le sacrum et à la partie inférieure du vagin, ce qui amena les accidents pour lesquels elle avait recours au médecin. La malade néglige les prescriptions et fait des imprudences, d'où recrudescence des symptômes, suivie de l'expulsion d'un fœtus de 2 1/2 centimètres avec enveloppes intactes. Ce point est à noter, non-seulement l'électricité peut donc amener l'avortement, mais cet avortement, par dérogation à la règle établie par le docteur Gallard, peut amener l'expulsion des membranes intactes.

Pendant le traitement, la malade fait de nouvelles imprudences suivies de nouvelles crises douloureuses. Le vagin est rempli par la tumeur vaguement fluctuante qui siège dans l'intervalle recto-vaginal, en même temps que la matité et la résistance de l'abdomen s'étendent aux fosses iliaques, et remontent jusqu'à l'ombilic. Traitement approprié, qui amène peu à peu un état de bien-être subjectif. Mais l'exsudat ne diminue pas. Enfin, un mois après la disparition des symptômes aigus, cinquante jours environ après le début des accidents, l'auteur se décide à entreprendre le massage de la tumeur. Deux doigts de la main gauche dans le vagin exercent une légère pression sur la paroi postérieure, qui vient saillir à la vulve, tandis que la main droite, convenablement dressée, procède au pétrissage et à la friction de la tumeur par l'abdomen. Pendant huit jours, cette opération est renouvelée deux fois par jour durant quinze minutes. On constate alors une légère diminution et le massage n'est plus fait qu'une fois par jour. Au bout d'un mois, l'exsudat étant réduit au volume d'une pomme de moyenne grosseur, les règles reparaissent et font interrompre le massage qui, repris ultérieurement, amène bientôt la disparition de la tumeur et la guérison complète.

On peut se demander, ce que l'auteur néglige, si la résorption ne se fut point accomplie spontanément et dans le même temps. On peut également ne voir qu'un heureux hasard dans l'absence d'accidents à la suite du traitement. Il n'en est pas moins vrai que le fait est unique, au point de vue de l'étiologie et du traitement, intéressant par conséquent à double titre.

Il paraît que pour provoquer l'avortement, si fréquent aux Etats-Unis, on se sert depuis peu, à San-Francisco, avec préférence et succès, de bains électriques donnés dans un luxueux établissement hydrothérapique. Suivant le désir de la patiente, on place les électrodes sur le sacrum et sur le mont de Vénus, ou la vulve, ou le col, et on fait passer le courant de 60 très grands éléments de Daniell pendant cinq à dix minutes. Cette manœuvre paraît très rarement amener des accidents tels que l'hématocèle, car, parmi les praticiens occupés de San-Francisco qui observent tous de fréquentes suites d'avortements provoqués par cette méthode, aucun n'aurait observé d'hématocèle.

L'auteur cherche à expliquer sa production dans ce cas et écarte avec raison une péritonite préexistante, la patiente ayant joui d'une santé parfaite jusqu'aux tentatives d'avortement. Il s'arrête de préférence à l'hypothèse d'une grossesse tubaire ou tubo-interstitielle, pour laquelle les membranes intactes laissent peu de probabilités cependant. N'est-il pas plus

vraisemblable que l'œuf, arrêté un certain temps dans le col et l'obstruant, il a pu s'effectuer par les trompes un reflux du sang provenant de l'hémorrhagie utérine. Quoi qu'il en soit, les poussées hémorrhagiques successives, sous l'influence de diverses imprudences, présentent de l'intérêt et viennent, au moins en partie, exonérer l'application de l'électricité des conséquences graves qui l'ont suivie.

Nous ne tirerons pas du fait, sur lequel nous venons de nous étendre, cette conclusion que le massage est à essayer dans l'hématocèle rétro-utérin ; bien d'autres cas d'affections utérines ou périutérines présentent des indications plus nettes; mais cela nous amène, en terminant, à dire quelques mots des dangers de la méthode que nous venons de retracer. Il suffit de ne pas les perdre de vue, pour être certain d'obéir à toutes les contre-indications. On a accusé le massage d'amener des hémorrhagies, des abcès et des avortements.

Il est tellement évident que le massage doit être proscrit lorsque l'utérus est gravide, que l'on peut tout à fait écarter le danger d'avortement. Il ne saurait, en outre, être question de massage lorsqu'il y a des accidents aigus, de quelque nature qu'ils soient, ou tendance à de semblables accidents. Des douleurs trop vives, ou une réaction notable, devront faire interrompre les manipulations qui, en tout état de cause, seront toujours pratiquées avec la plus grande prudence, que la présence de la période menstruelle devra complètement interdire. Ajoutons, au risque de dire une banalité, qu'il faut proscrire le massage dans tous les cas où il ne peut très vraisemblablement être d'aucune utilité pour la malade, notamment dans les cas si fréquents d'hyperplasie utérine arrivée à sa deuxième période, à l'état d'induration, de sclérose du tissu.

PATHOLOGIE INTERNE

NOTE SUR LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 8 juillet 1882,

Par le docteur A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Aujourd'hui bien décrite et bien connue de la plupart des praticiens, la dysménorrhée membraneuse présente encore quelques particularités sur lesquelles les auteurs n'ont pas insisté. On me permettra donc, avant de retracer le tableau de cette affection, d'appeler l'attention sur quelques points qui ne m'ont pas paru mis en lumière dans les traités classiques. Les quelques faits que j'ai observés me permettent de considérer cette affection comme plus fréquente qu'on ne le croit généralement. D'un autre côté, j'en ai observé deux cas chez des jeunes filles vierges, faits qui me paraissent apporter quelques modifications à l'étiologie de la maladie.

L'étude de la dysménorrhée membraneuse ou plutôt sa connaissance exacte date seulement de ces dernières années. Ce n'est pas qu'elle n'ait été observée, mais elle avait été confondue avec les autres formes de dysménorrhée ou considérée comme le résultat d'une endométrite diphthéritique.

Oldham, Virchow, Aveling, Gaillard-Thomas et Labadie-Lagrave, sont les premiers auteurs qui aient expliqué d'une manière satisfaisante les causes de cette affection dont l'étiologie peut se résumer de la manière suivante :

A une certaine époque, pendant la période intermenstruelle, la membrane muqueuse se détache en totalité de l'utérus pour être expulsée à la première crise, c'est-à-dire à la prochaine menstruation. D'après Virchow et Aveling, il se forme dans l'utérus une membrane décidue, semblable à celle qu'on observe dans la grossesse et qu'on a justement désignée sous le nom de *décidue menstruelle*. Simpson pensait que la membrane décidue se formait normalement dans l'utérus, mais que son expulsion fréquente et douloureuse constituait le phénomène morbide. C'est cette opinion qui me semble la plus rationnelle. Quoi qu'il en soit, on peut dire que la dysménorrhée membraneuse consiste essentiellement dans la formation d'une membrane qui se détache graduellement pendant la période intermenstruelle et est expulsée en totalité ou par fragments, soit au moment des règles, soit à une époque intermenstruelle.

Considérée à l'œil nu et lorsqu'elle est expulsée en totalité, la décidue menstruelle présente une forme triangulaire et est munie de trois orifices : deux supérieurs et un inférieur. On peut même parfois constater sur la paroi externe des perforations petites et nombreuses qui correspondent aux ouvertures des follicules utriculaires.

Dans deux pièces que j'ai pu recueillir, la membrane expulsée dans sa totalité reproduisait d'une façon frappante la forme de la cavité intra-utérine. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la membrane est le plus souvent expulsée par fragments.

Etudiée au microscope, la décidue menstruelle présente les caractères ordinaires des muqueuses, avec cette différence que tous les éléments en sont hypertrophiés.

L'étiologie de cette affection ayant donné lieu à de vives controverses, je crois utile de résumer les opinions qui ont été émises jusqu'à ce jour par les autorités les plus compétentes.

On admettait autrefois qu'à la suite de l'endométrite, une couche de lymphe sécrétée dans l'utérus devenait organisée et constituait la membrane expulsée. Cette opinion fut admise par Montgomery, Dewees, Siébold, Franck, Nægele, et les accoucheurs du commencement de ce siècle.

Les gynécologistes et les accoucheurs modernes admettent aujourd'hui que l'affection est due à une exfoliation de la totalité de la muqueuse utérine occasionnée par la congestion et l'inflammation. C'est l'opinion de Oldham, partagée par la grande majorité des auteurs.

Cette étiologie étant admise, Scanzoni explique l'exfoliation « par une hyperémie considérable des parois de l'utérus, qui occasionne un développement considérable de la membrane muqueuse. » Cette théorie est admise par Courty, Hégar, Eigenbrodt et autres. Ces deux derniers auteurs ont même proposé de désigner l'affection sous le nom de *dysménorrhée apoplectique.*

Enfin, quelques auteurs ont attribué à la membrane dysménorrhéique une origine déciduale et l'ont considérée comme le résultat d'une conception récente. Cette opinion, soutenue par Raciborski, ne me paraît pas devoir être acceptée, puisque j'ai eu deux fois l'occasion d'observer cette affection chez des vierges.

Mon expérience personnelle ne me permet pas non plus d'admettre l'endométrite dans l'étiologie de la dysménorrhée membraneuse. Non-seulement je l'ai observée chez des vierges, ainsi que je viens de le dire; mais, dans les autres cas empruntés à la littérature médicale, l'endométrite semblait être le résultat et non la cause de la dysménorrhée.

Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours facile. Dans beaucoup de cas, elle a été confondue avec les avortements se montrant au début de la grossesse, avec les caillots sanguins et les excrétions fibrineuses moulées dans la cavité utérine, l'exfoliation de la muqueuse vaginale.

La fréquente répétition de l'affection, sa périodicité et l'absence des signes de la grossesse permettent de la distinguer de l'avortement. Les caillots sanguins se reconnaissent facilement par l'examen histologique et ne présentent aucun des caractères qui distinguent la muqueuse utérine. On reconnait également par le microscope les productions fibreuses et les exfoliations vaginales résultant de l'affection à laquelle Tyler Smith a donné le nom de vaginite épithéliale.

Dans les cas que j'ai observés, les malades accusaient au commencement de l'époque menstruelle une douleur persistante qui présentait le caractère expulsif de l'avortement. Ces douleurs augmentaient graduellement et ne cessaient qu'après l'expulsion de la membrane. Cette expulsion avait lieu généralement vers le milieu de la période menstruelle. Elle était suivie le plus souvent d'une métrorrhagie peu abondante et d'un écoulement purulent et sanguinolent.

Le pronostic qui est donné par les auteurs comme étant généralement défavorable, ne me paraît pas cependant aussi grave. Dans un cas, la maladie, qui durait depuis dix ans et qui avait résisté à tout traitement, a cessé spontanément et alors qu'on s'y attendait le moins. Dans un autre, observé chez une jeune fille, l'exfoliation a cessé depuis un an. Enfin, dans un autre cas, l'expulsion de la membrane n'a lieu que tous les trois ou quatre mois, et l'existence de la malade est parfaitement supportable. Il n'en est pas moins vrai que la dysménorrhée membraneuse résiste le plus souvent au traitement qu'on lui oppose et qu'elle entraîne presque toujours la stérilité, quoique des exemples de grossesses aient été rapportés par Tyler Smith et d'Outrepont.

Lorsque l'étiologie et la pathogénie d'une affection sont inconnues, il est à remarquer que le traitement est presque toujours varié, contradictoire et énergique. Le manque de connaissance de la maladie, a dit Gaillard Thomas, conduit rarement à un traitement expectant. C'est ainsi que, dans l'affection qui nous occupe, on a appliqué le cautère actuel sur le col, et que des cautérisations énergiques ont été faites avec le nitrate d'argent jusque dans le fond de la cavité utérine.

L'incertitude qui a longtemps régné dans la pathologie de la dysménorrhée membraneuse ne permettait pas du reste de donner des règles précises pour le traitement.

Celui-ci doit, du reste, être considérablement simplifié. Il faut, avant tout, s'occuper de faire cesser l'élément douleur, et rien ne m'a mieux réussi que la morphine en injections sous-cutanées. Quand au traitement curatif, il présente de grandes difficultés, surtout chez les vierges. Je poserai même en principe que, à moins de douleurs excessives ayant amené de graves perturbations dans l'organisme, le médecin ne doit pas intervenir autrement que par un traitement palliatif. J'ai pu obtenir une amélioration notable chez une femme de 35 ans,

qui souffrait depuis dix années, en injectant toutes les semaines dans la cavité utérine une solution de nitrate d'argent au 1,000ᵉ. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs étaient moins fortes et l'expulsion de la décidue menstruelle n'avait pas lieu. Il faut dire cependant que l'affection a reparu aussitôt que le traitement a été discontinué.

En somme, les quelques cas que j'ai observés, ainsi que les observations que j'ai recueillies chez les auteurs, me permettent de résumer ainsi la pathologie de cette affection :

1° La dysménorrhée membraneuse est constituée par une exfoliation de la muqueuse utérine hypertrophiée;

2° L'expulsion de la muqueuse n'a pas lieu à chaque époque menstruelle; il existe souvent plusieurs mois d'intervalle entre chaque crise;

3° Cette affection, assez fréquente chez les vierges, n'est pas le résultat de la conception;

4° Elle entraîne presque toujours la stérilité.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 juillet 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. de Beauvais, secrétaire général, à propos du procès-verbal, demande la parole.

Je prie M. le Président, dont la haute compétence dans la pathologie du cœur nous est si connue par des travaux aussi nombreux qu'originaux, de vouloir bien donner à la Société sur la nature, le caractère et la valeur pathognomonique du bruit de galop quelques renseignements précis.

M. Duroziez : M. Potain considère avec raison le bruit de galop comme une simple exagération de ce qui a lieu à l'état physiologique. Il admet l'hypertrophie générale du cœur, la constriction des capillaires généraux, la faible tension veineuse, la forte tension artérielle. Fait-il jouer un rôle égal aux deux cœurs ? Admet-il la même constriction pour les capillaires du poumon que pour ceux de la grande circulation ? Cela est probable ; il me semble qu'il y a un peu d'hésitation dans son exposé magistral.

Dans l'albuminurie, toutes les séreuses sont atteintes, péricarde, endocarde, endoartère, endoveine, péritoine, plèvres, méninges, rétino-choroïde; le cœur entier est touché, le ventricule gauche subit une hypertrophie remarquable; les jugulaires battent. On attribue ces battements à la faible tension veineuse; nous ne pouvons pas dire le contraire; mais l'excitation des jugulaires coïncide avec une excitation de l'oreillette qui se traduit à l'autopsie par l'épaississement de l'endocarde. La cause de l'hypertrophie est complexe.

Le claquement présystolique, que l'on entend sur toute la surface du cœur, est parfois aussi éclatant que le claquement auriculo-ventriculaire et que le claquement sygmoïdal; l'explication de la formation de ce claquement présystolique intense n'est pas facile. Sont-ce les oreillettes qui claquent ? Sont-ce les ventricules? Sont-ce les deux ?

Le rhythme du bruit de galop n'est pas toujours le même; tantôt le claquement présystolique se sépare beaucoup du claquement auriculo-ventriculaire; on a trois temps égaux; tantôt les deux premiers claquements se serrent et s'isolent du troisième. Souvent on entend un dédoublement de claquement au premier temps et un autre au deuxième; les bruits varient d'un jour à l'autre chez certains malades; chez d'autres, les phénomènes restent identiques. Il y aurait à étudier le bruit de galop avec souffles, mais il faudrait citer des observations que je ne puis produire dans cette courte réponse à la provocation amicale de notre cher secrétaire général, de Beauvais, qui m'a fourni l'occasion de rappeler la doctrine française du bruit de galop due à notre éminent ami, le professeur Potain.

—

La correspondance imprimée comprend : Le *Journal de médecine de Paris*, le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Concours médical*, une brochure du docteur Wasseige, de Liège, sur deux observations d'obstétrique.

La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. le docteur Guiter (de Cannes), ancien interne des hôpitaux, qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. le Président nomme, pour examiner les titres de M. le docteur Guiter, une commission composée de MM. Dubuc, Jules Besnier et Onimus, rapporteur.

M. de Beauvais, secrétaire général, offre à ses collègues le tirage à part de la deuxième

consultation médico-légale qu'il a été chargé de rédiger dans l'affaire Rivoire, à propos d'une question de survie soulevée devant les tribunaux de Marseille par les héritiers respectifs des deux époux, morts le même jour dans un accident de submersion dans le Rhône.

—

M. Lutaud lit une note *Sur la dysménorrhée membraneuse.* (Voyez plus haut.)

M. de Beauvais rappelle que l'honorable docteur Martin Saint-Ange a fait un album pathologique très remarquable, dans lequel plusieurs dessins reproduisent avec autant de bonheur que de fidélité la disposition des fausses membranes de la dysménorrhée. Il a soumis à l'examen de ses collègues de la Société de médecine de Paris et de la Société de médecine légale cet intéressant ouvrage, qui n'a pas été publié.

—

M. Reliquet, vice-président, offre à la Société le tirage à part de son mémoire intitulé : *La lithotritie doit être faite sans traumatisme*, vérité que Civiale dès 1840 avait déjà mise en lumière dans ses ouvrages.

DISCUSSION

M. Dubuc fait remarquer qu'on peut, sans traumatisme, faire des séances prolongées, et qu'on a avantage à employer dans nombre de cas des instruments fenêtrés qui broyent les pierres en petits fragments; il est nettement partisan, quand cela est nécessaire, des séances prolongées.

M. Richelot dit qu'on doit savoir gré à M. Reliquet d'avoir prouvé que les séances de lithotritie doivent être rapides; mais il ne faut rien exagérer, il faut que les séances soient utiles et pour cela les prolonger s'il est nécessaire. Quand le malade se fatigue, il ne faut pas hésiter à cesser les manœuvres, et ne pas persister à vouloir pratiquer la lithotritie en une seule séance.

M. Reliquet : Pour répondre à M. Dubuc, je lui ferai observer qu'il y a dans la lithotritie deux choses à considérer : 1° les instruments et leurs manœuvres ; 2° les malades.

J'ai fait mon mémoire justement pour combattre les idées américaines. En 1878, on nous a apporté des instruments énormes (Bigelow) ; depuis on s'est servi en Amérique d'instruments plus petits. Ignorant les travaux de Civiale, ils ont passé par les mêmes études. Ils ont d'abord construit des instruments sur le diamètre absolu de l'urèthre, sans tenir compte de ce fait que, quand la courbure de l'urèthre est redressée, son calibre change. Civiale s'était si bien aperçu du fait, que dans un chapitre spécial, il traite des accidents consécutifs à l'emploi des instruments volumineux, et des séances trop longues.

Je sais bien qu'en donnant du chloroforme on peut prolonger les séances, mais sans anesthésie on peut aussi, si cela est nécessaire, avoir une séance longue. Il faut bien remarquer que le chloroforme ne donne pas toujours tout ce qu'on en attend. Il arrive parfois qu'on ne peut pas introduire dans la vessie autant d'eau, quand le malade est anesthésié, que lorsqu'il n'est pas endormi.

Aussi quand la vessie n'est pas tolérante, on ne peut pas y laisser l'instrument aussi longtemps que l'on voudrait.

Sir H. Thompson parle d'accidents consécutifs après les longues séances; ce sont les accidents relatés dans sa première leçon parue dans les *Archives de médecine.*

Quant aux manœuvres, elles sont relativement faciles avec mon brise-pierre, auquel j'ai pu donner des dimensions restreintes. On a dit qu'on pouvait laisser des instruments dans la vessie pendant une heure, une heure et demie; je crois qu'on ne doit jamais prolonger l'opération aussi longtemps. Il faut faire tomber la pierre dans les mors de l'instrument placés dans la partie la plus déclive de la vessie, et s'arrêter si la vessie se contracte. Le chirurgien ne doit jamais entrer en lutte avec elle, aussi je n'approuve pas la manière de faire de Bigelow, qui propose de mettre sur la verge un anneau de caoutchouc, quand la vessie expulse le liquide; c'est une manœuvre très dangereuse, l'urèthre peut-être distendu outre mesure.

Bigelow dit encore que l'instrument une fois introduit au niveau de l'orifice du collet du bulbe, il faut le pousser directement dans la vessie, en le maintenant incliné à 45°. C'est une manœuvre que nous repoussons en France. On s'expose à blesser le canal en ne suivant pas sa courbure.

M. Dubuc : Si nous comparons la méthode ancienne avec la manière nouvelle d'opérer introduite par Bigelow, nous voyons qu'autrefois on faisait, avec les courtes séances, des fragments volumineux qu'on laissait dans la vessie; or, ces fragments irréguliers, souvent durs, étaient pour l'organe une cause d'irritation parfois considérable, et, par suite, d'accidents; aujourd'hui on se propose de réduire autant que possible en une seule fois la pierre en poussière ou tout au moins

en fragments très fins; pour cela on est obligé de prolonger les séances, et on le peut sans inconvénient, à la condition de s'arrêter devant l'intolérance de la vessie et de ne produire aucune lésion traumatique. Toute balance faite entre les quelques inconvénients qui résultent d'une séance prolongée et les accidents anciennement dus au séjour dans la vessie des fragments volumineux et irréguliers, les résultats démontrent que la pratique nouvelle est favorable aux opérés. Au point de vue opératoire, je reconnais l'avantage des mors de M. Reliquet; ils me semblent, dans l'état actuel, les plus puissants et les meilleurs quand on a affaire à des pierres dures; j'ai obtenu de leur emploi la réduction en poussière fine de pierres de cette catégorie, et cela sans engorgement appréciable, malgré la durée de certaines séances qui a été parfois d'une demi-heure. Je pense aussi qu'il est préférable d'employer, autant que possible, des instruments d'un volume modéré; les mors de M. Reliquet me donnent encore satisfaction sous ce rapport, puisque avec un volume restreint ils permettent de déployer une grande puissance; pour ce qui est de la durée des séances, on ne doit pas dépasser la limite de tolérance de la vessie.

Thompson, comme l'a dit M. Reliquet, a cité, à la suite des séances prolongées, des accidents de cystite cinq à six jours après l'opération, mais il a soin de faire remarquer que ces accidents sont légers; pour les éviter, d'ailleurs, il fait rester ses malades plusieurs jours à la chambre après l'opération terminée.

M. Forget fait remarquer qu'il ne voit pas bien quelle est la différence d'opinion entre M. Dubuc et M. Reliquet; tous deux admettent que l'instrument fenêtré de M. Reliquet réduit les pierres en poudre, et qu'il faut faire tomber les pierres et les gros fragments dans la partie déclive de la vessie, mais il pense qu'il ne peut pas en être toujours ainsi et qu'il y a des cas particuliers où cette règle générale doit se trouver en défaut.

M. Reliquet remercie M. Dubuc de l'appréciation qu'il a bien voulu faire de son lithotriteur; mais à son instrument il a ajouté un appareil lit, dont le but est de mettre le malade dans une position telle que le bec de l'instrument se trouve naturellement dans la partie la plus déclive de la vessie, là où les pierres viennent s'accumuler.

Il cite à ce propos le cas d'un malade chez lequel on avait cherché la pierre sans la rencontrer, ce malade avait un arrêt de développement du côté gauche du bassin, et le côté droit de la vessie se trouvait toujours être la partie déclive. A l'aide de ce lit appareil, il a pu incliner le malade à gauche, et la pierre vint d'elle-même se placer dans l'instrument. Il en sera de même pour les autres cas où la pierre se déplace difficilement.

La puissance du brise-pierre que je recommande est basée sur ce fait que la pierre une fois saisie ne peut pas glisser, car les dents de la branche femelle sont dirigées en arrière vers le talon de l'instrument, et les dents de la branche mâle sont très aiguës. Mais il est nécessaire de se servir en même temps de l'appareil, qui permet d'aller beaucoup plus vite, de faire la lithrotritie en une seule séance et en une séance courte.

Cet appareil est, du reste, une simplification du lit d'Heurteloup que M. Reliquet a rendu transportable et facile à placer sur tous les lits.

M. Dubuc trouve que l'appareil de M. Reliquet n'est indispensable dans aucun cas; pour sa part il n'y a jamais eu recours; une pierre ne peut pas toujours tomber dans la partie déclive de la vessie, par exemple quand elle arc-boute par ses extrémités contre les parois latérales de l'organe, quand elle est retenue par des contractions irrégulières et contre les lois de la pesanteur, comme il en a rencontré un exemple récent, dans la partie supérieure du réservoir, ou bien encore lorsque des fragments se logent dans les dépressions qui existent entre des colonnes charnues; dans tous ces cas, il faut aller saisir le corps étranger là où il se trouve; l'appareil ne peut être d'aucun secours dans ces circonstances; dans les cas ordinaires rien n'est plus facile que de s'en passer; or, M. Dubuc est de ceux qui pensent qu'en chirurgie on doit simplifier le plus possible l'appareil instrumental.

M. Reliquet présente son appareil et ajoute qu'il ne ferait pas de lithotritie sans avoir mobilisé la pierre au moyen d'un instrument à bec plat. Car il ne se sert jamais de son instrument autrement que pour broyer rapidement la pierre. Il attache une grande importance à l'emploi du pignon, qui permet d'agir bien plus vite qu'avec l'écrou brisé. Il se sert toujours de son appareil qui diminue les fausses prises, et qui permet de faire la lithotritie bien plus rapidement.

M. le Président procède au dépouillement du scrutin ouvert pour le vote sur les candidatures de MM. les docteurs Godlewski (de Neuilly) et Casimir Rougier (de Marseille).

M. Rougier a été élu à l'unanimité, et M. Godlewski à la majorité des votants.

En conséquence, ces deux candidats sont nommés membres correspondants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Henri BERGERON.

FORMULAIRE

POTION CONTRE L'HÉMOPTYSIE. — DAUVERGNE.

Tartre stibié.	0 gr 30 centigr.
Extrait de digitale.	0 gr 15 centigr.
Sirop d'ipéca.	50 grammes.
Eau distillée	200 —
Hydrolat de fl. d'oranger.	q. s.

F. s. a. une potion, dont on donnera une cuillerée à bouche d'heure en heure, dans le cas d'hémoptysie. Eau gommée froide, dans l'intervalle. — Cette potion provoque des selles et des vomissements fréquents; mais le lendemain ou le surlendemain l'hémorrhagie est arrêtée. Du reste, Graves et Trousseau en administrant de l'ipéca à haute dose, avaient déjà constaté que l'hémoptysie était enrayée par les vomissements. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1882-1883 seront reçues du lundi 23 octobre au samedi 18 novembre inclusivement, de midi à trois heures, dans l'ordre ci-après: 1° les inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, du lundi 23 octobre au jeudi 9 novembre; 2° les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et des deuxième et troisième années d'officiat, du vendredi 10 novembre au samedi 18 du même mois.

Passé le 18 novembre, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant le cas, soit par M. le Recteur, soit par M. le ministre de l'instruction publique.

Le registre d'inscriptions est ouvert exceptionnellement: 1° depuis le 16 octobre pour les jeunes gens qui, ayant contracté leur engagement pour le volontariat, sont dans l'obligation, pour obtenir un sursis de départ, de justifier qu'ils sont inscrits à la Faculté et qu'ils possèdent au moins une inscription; 2° jusqu'à la clôture de la session de novembre, pour les candidats qui se présenteront pendant cette session devant les Facultés des lettres et des sciences, à l'effet d'obtenir les diplômes des lauréats ès lettres et ès sciences.

MM. les Étudiants qui ont commencé leurs études médicales en province et qui viennent les continuer à Paris, sont tenus de faire établir leur dossier en produisant les pièces suivantes: 1° certificat de scolarité médicale; 2° acte de naissance; 3° diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences; 4° consentement de leur ayant droit (père ou tuteur), s'il y a lieu. Ils doivent en outre être accompagnés d'un correspondant autorisé.

Les élèves qui commenceront leurs études en vue du doctorat ne seront admis à prendre la première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat de la Faculté: 1° leurs diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint; 2° leur acte de naissance dûment légalisé; 3° le consentement de leur ayant droit (père ou tuteur); 4° un certificat de bonnes vie et mœurs. Ils doivent être accompagnés de leurs parents ou d'un correspondant autorisé.

Les aspirants au titre d'officier de santé produiront soit le diplôme de bachelier ès lettres, soit celui de bachelier ès sciences, soit le certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Les jeunes gens inscrits pour l'officiat ne pourront, dans aucun cas, convertir en inscriptions de doctorat, pendant la duree de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. La concession d'inscription de doctorat correspondant à un nombre d'inscriprtions d'officiat ne pourra être accordée.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés à partir de ce jour le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau mode) et les examens de fin d'année; les consignations seront reçues jusqu'au mardi 7 novembre inclusivement. Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, demanderaient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit la demande à M. le Doyen.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les élèves de première, deuxième, troisième et quatrième années de doctorat. Ils sont facultatifs pour les élèves pourvus de seize inscriptions, et pour les aspirants à l'officiat.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés par quart, en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Les droits concernant les travaux pratiques facultatifs sont acquittés en une seule fois, sauf pour les aspirants à l'officiat de première, de deuxième et de troisième année, auxquels est appliqué le mode de versement établi pour les travaux pratiques obligatoires.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs: 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les aspirants à l'officiat; 3° les docteurs français; 4° les docteurs et les étudiants étrangers à la Faculté, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite.

L'autorisation est valable pour l'année scolaire. Des affiches feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.

Les cartes d'étudiant pour l'année scolaire 1882-1883 seront délivrées au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiquées pour les inscriptions et les consignations.

— MM. les Élèves sont informés qu'ils pourront effectuer en une seule fois et pour l'année entière le versement des droits de bibliothèque et des travaux pratiques au moment de la première inscription de chaque année d'études; c'est-à-dire en prenant leur première, leur cinquième, leur neuvième et leur treizième inscription. Ce mode de versement, autorisé par décision ministérielle du 16 octobre, ne dispensera pas MM. les Élèves de se présenter au sécrétariat au commencement de chaque trimestre pour prendre les inscriptions intermédiaires deuxième, troisième et quatrième, première année ; sixième, septième et huitième, deuxième année ; dixième, onzième et douzième, troisième année ; quatorzième, quinzième et seizième, quatrième année. Mais grâce aux facilités qui leur sont accordées par ledit arrêté, ils auront l'avantage d'éviter toute perte de temps ou dérangement préjudiciable à leurs études, n'ayant ainsi qu'une fois par an à se présenter à la caisse du receveur des droits universitaires.

Avis complémentaire. — MM. les étudiants ont à remplir les formalités suivantes pour les inscriptions et les consignations :

1° Demande d'un bulletin de versement au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiqués sur les affiches;

2° Versement, à la caisse du receveur des droits universitaires, 55, rue Saint-Jacques, de la somme indiquée au bulletin de versement

— Un examen pour l'emploi d'expert-inspecteur au laboratoire municipal de chimie de la ville de Paris aura lieu le vendredi 3 novembre, à dix heures du matin. — S'adresser pour les renseignements au Secrétariat général de la préfecture de police.

— Par décret en date du 21 octobre 1882, M. le docteur Paul Cazeneuve, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie organique et toxicologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon (chaire nouvelle).

— M. le préfet de police doit proposer, dès l'ouverture de la prochaine session du Conseil municipal de Paris, de porter de 10 à 20 francs, à partir du 1er janvier 1883, pour les accouchements, les honoraires des visites du service médical de nuit. La moyenne annuelle des accouchements faits par ce service est d'environ 500 (en 1880, 445 ; en 1881, 541).

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — L'Ecole d'Anthropologie ouvrira le samedi 4 novembre 1882, à 2 heures, au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

M. de Mortillet. — Anthropologie préhistorique, le lundi à 4 heures.
M. Topinard. — Anthropologie générale, les mardi et samedi à 2 heures.
M. Mathias Duval. — Anthropologie zoologique, le mercredi à 5 heures (à partir du 15).
M. Dally. — Ethnologie, le jeudi à 2 heures.
M. Bertillon. — Démographie, le vendredi à 4 heures.
M. Bordier. — Géographie médicale, le samedi à 4 heures.

—

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

Péricardite aiguë a frigore.

Développement rapide d'un vaste épanchement dans le péricarde; ponction de la séreuse donnant issue à près d'un litre de liquide. Un mois après la ponction, pleurésie double légère. — Guérison avec persistance d'adhérences péricardiques.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 février 1882 (1),

Par H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Cette longue observation soulève d'intéressantes questions de clinique et de thérapeutique, sur lesquelles je demande la permission d'insister quelque peu.

Tout d'abord le début de cette péricardite, et les conditions dans lesquelles elle s'est produite, constituent déjà un fait insolite. L'inflammation aiguë primitive du péricarde est très rare, et c'est à peine si en parcourant la bibliographie de cette affection, on en trouve signalés un certain nombre d'exemples. Le plus souvent il s'agit de rhumatisants, chez lesquels le péricarde se prend secondairement, dans le cours, ou à la suite d'une fluxion articulaire; il est déjà peu commun de voir la péricardite survenir comme manifestation primitive d'un rhumatisme destiné à évoluer ultérieurement, à plus forte raison est-il exceptionnel de la constater en dehors de toute lésion arthritique.

Chez notre malade, les circonstances étiologiques paraissent d'accord avec l'idée d'une phlegmasie de la séreuse survenue d'emblée sous l'influence du froid; c'est le soir même d'un refroidissement dû au contact prolongé de vêtements mouillés, que se manifestent les premiers symptômes fébriles; et, en quelques jours, l'état général devient assez mauvais pour simuler l'apparence d'une fièvre typhoïde. C'est là encore une différence clinique notable avec la péricardite habituelle des rhumatisants, qui donne rarement lieu à une aggravation des symptômes généraux, et qu'il faut le plus souvent chercher pour la découvrir.

Toutefois, malgré ces circonstances étiologiques en apparence si nettes, nous serions tenté de nous rattacher à l'idée d'une influence rhumatismale chez notre malade, en raison de la facilité singulière avec laquelle ses séreuses se sont enflammées sous nos yeux à plusieurs reprises. Deux fois, en effet, alors que la convalescence paraissait établie, nous avons vu survenir de la pleurésie sèche, d'abord du côté gauche de la poitrine, puis du côté droit. Cette pleurésie secondaire ne nous a pas semblé être la conséquence d'une extension par voisinage de la phlegmasie du péricarde, car elle ne s'est pas montrée au moment où la péricardite atteignait son maximum d'acuité, mais seulement six semaines après, quand les accidents inflammatoires avaient presque totalement disparu.

On pourrait se demander s'il n'y a pas eu là une éclosion simultanée de granulations tuberculeuses sur la plèvre et le péricarde, et si nous n'assistons pas chez ce jeune homme à une tuberculisation primitive des séreuses. Nous ne le croyons pas. D'abord le début brusque de l'affection, en pleine santé, sans aucun malaise prémonitoire, semble exclure l'idée de la tuberculose; en second lieu, l'auscultation minutieuse des poumons n'a jamais fait découvrir la moindre anomalie respiratoire aux sommets de la poitrine : circonstance qui, en elle-même, ne serait pas suffisante pour éliminer absolument la tuberculose, mais qui cependant la rend peu pro-

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 octobre.

bable. Si, par contre, nous considérons ce qui se passe chez les jeunes sujets rhumatisants, nous constatons par des exemples journaliers la fréquente association de la pleurésie et de la péricardite à cet âge. Depuis longtemps M. Roger, MM. Claisse et Picot ont fait ressortir ce fait clinique, et, tout récemment, M. Duroziez (Union Médicale, septembre 1881) est revenu sur la question, en faisant remarquer avec raison que les lésions du péricarde retentissent bien plus fréquemment sur la plèvre que celles de l'endocarde. D'après le relevé d'une série d'observations, cet auteur est arrivé à la conclusion que la péricardite rhumatismale, quand elle est intense, précède en général la pleurésie, qui se manifeste à gauche d'abord, puis à droite. Or, c'est identiquement de cette façon que les choses se sont passées chez notre malade, et, depuis que la plèvre a participé à la phlegmasie du péricarde, nous l'avons vue à plusieurs reprises présenter alternativement des signes d'épanchement et des frottements secs, tout à fait en rapport avec la soudaineté, la mobilité des fluxions rhumatismales et leurs fréquentes récidives. Nous croyons donc, en définitive, avoir eu affaire à un rhumatisant, mais à un rhumatisant insolite, chez lequel toutes les articulations sont restées indemnes alors que les séreuses étaient le siège d'inflammations multiples. Nous verrons bientôt, en discutant la valeur thérapeutique de la paracentèse du péricarde, qu'il n'est pas indifférent de savoir à quel terrain pathologique on a affaire et que les chances de guérison sont fort différentes, suivant la cause initiale qui a déterminé l'épanchement péricardique.

La symptomatologie de cette péricardite mérite également d'attirer l'attention, car elle a présenté certaines particularités d'un haut intérêt. Tous les médecins qui ont rencontré des cas de ce genre, savent combien il est souvent difficile de reconnaître la maladie lorsqu'elle est arrivée à la période d'épanchement. Autant il est aisé de la diagnostiquer au début, lorsqu'elle se décèle par un frottement extracardiaque, autant elle devient obscure à ses phases ultérieures.

Chez notre malade, le diagnostic de l'épanchement était relativement simple, parce qu'il avait été possible de le suivre journellement depuis la période initiale. La constatation progressive de l'assourdissement des bruits du cœur, la diminution, puis la disparition du choc précordial, l'accroissement de la matité péricardique, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une collection liquide. Mais il faut bien avouer que tous ces signes, même réunis, donnaient de médiocres indications au sujet de la quantité probable du liquide, et qu'en d'autres circonstances ils auraient même été impuissants à faire affirmer sa présence, car tous se rencontrent dans des affections cardiaques dépourvues de toute complication péricardique.

La plupart des erreurs de diagnostic commises à cet égard (et elles sont nombreuses) portent sur des cas de dilatation du cœur, maladie moins rare qu'on ne le suppose chez les enfants et les jeunes gens. Dans cette affection, le cœur aussi dans tous ses diamètres a changé de forme et de consistance; il existe de la voussure thoracique; la matité transversale s'est étendue considérablement, en même temps que la contractilité ventriculaire affaiblie est impuissante à produire le phénomène du choc précordial. Comme, en pareil cas, la dyspnée est extrême, le pouls misérable et tous les signes de l'asthénie cardiaque portés à leur maximum, il s'ensuit que les signes physiques et les troubles fonctionnels simulent à s'y méprendre un grand épanchement péricardique. Des cliniciens éminents ont commis cette erreur : Vigla, dans un fait rapporté par Trousseau, tomba sur le cœur dilaté en croyant ouvrir un sac péricardique distendu; mon ancien et cher maître, M. Roger, si habile dans l'art d'ausculter les enfants, a rencontré plusieurs fois les mêmes difficultés et je l'ai vu, en 1872, ponctionner le ventricule droit chez un petit garçon de 5 ans, qui présentait d'une manière frappante tous les signes classiques d'un vaste épanchement péricardique.

L'étude attentive des faits cliniques permet néanmoins, dans la plupart des cas, d'éviter l'erreur, et je crois qu'il existe des symptômes différentiels assez constants pour ne pas laisser confondre la dilatation du cœur et l'épanchement péricardique. C'est moins, en effet, d'après les signes physiques de percussion et d'auscultation qu'il faut se guider en pareil cas, que d'après l'appréciation des phénomènes géné-

raux. Lorsqu'il y a dilatation cardiaque, les conséquences de l'asystolie se font toujours sentir du côté des viscères, et la circulation générale est bien plus directement entravée que par le fait des épanchements du péricarde. Aussi, dans cette dernière affection, est-il relativement très rare de voir survenir l'œdème des jambes, l'ascite, l'augmentation excessive du volume du foie, la rareté des urines et l'albuminurie, tous symptômes constants à la phase confirmée de la dilatation cardiaque. Chez notre malade, même dans les moments où l'oppression était considérable et la cyanose à son maximum, les jambes sont restées sèches, le ventre n'a jamais présenté d'ascite, les urines n'étaient point albumineuses. Les phénomènes inverses, au contraire, étaient fort accusés chez l'enfant dont M. Roger a rapporté l'histoire (*Bull. de l'Acad. de méd.*, p. 1202, oct. 1875). De plus, chez les cardiaques, le pouls, si misérable qu'il puisse être, correspond toujours à l'impulsion ventriculaire, et n'est pas sensiblement influencé par les mouvements respiratoires, tandis que dans la péricardite cette corrélation n'existe plus, ainsi que je le montrerai tout à l'heure. Enfin la dilatation du cœur donne souvent lieu (surtout chez les jeunes sujets qui ont la paroi thoracique mince) à une sorte d'ondulation diffuse, appréciable à la vue et à la palpation ; signe qui fait complètement défaut dans les grands épanchements péricardiques.

Une exploration attentive suffira donc, croyons-nous, pour distinguer les cas où le cœur dilaté est malade, de ceux où le sac péricardique est distendu par du liquide. Mais la constatation de l'épanchement ne résout pas le problème clinique, car, pour se décider à intervenir, il faut avoir la conviction que le liquide est abondant et qu'il gêne mécaniquement les battements du cœur. Or, l'appréciation de la quantité de l'épanchement est une question délicate qui, dans les ouvrages classiques me semble traitée d'une façon peu explicite et fort insuffisante. M. Roger lui-même, dans l'excellent mémoire auquel je faisais précédemment allusion et qui constitue le meilleur écrit sur la matière, indique les *desiderata* de la clinique à ce sujet, sans oser se prononcer catégoriquement.

Le signe principal sur lequel on se base d'habitude pour diagnostiquer l'abondance d'un épanchement péricardique est l'étendue de la matité précordiale et sa forme triangulaire en rapport avec la disposition anatomique du péricarde. Quand avec une matité très augmentée, on constate la voussure de la paroi thoracique à ce niveau, il y a de grandes chances, dit-on, pour que l'épanchement soit considérable.

Cela est vrai, sans doute, mais non absolument. La voussure précordiale, d'abord, offre par elle-même peu de valeur ; elle se montre au début de la péricardite avant l'apparition des exsudats (Gendrin) ; elle peut être la conséquence d'une hypertrophie, d'une dilatation du cœur, etc. On ne peut donc compter sur les indications qu'elle fournit.

Reste la matité ; mais, pour en tirer des renseignements utiles, il faut tenir compte de quelques particularités sur lesquelles, à mon avis, on n'a pas suffisamment insisté.

Lorsque dans un sac péricardique enflammé il se fait une exsudation séreuse, le liquide tend à s'accumuler dans les régions déclives, surtout en arrière du cœur, vers le médiastin postérieur. L'épanchement est-il léger, il peut passer absolument inaperçu. A-t-il une abondance moyenne (150 à 200 grammes environ), il remplit toute la cavité péricardique et remonte aisément jusque vers le cul-de-sac supérieur de la séreuse, à cause du cœur qui plonge au milieu de la sérosité et qui en déplace une grande partie (exactement ce qui se produit dans les pleurésies en nappe mince quand le poumon congestionné reste dense et ne s'affaisse pas). Enfin, quand l'épanchement devient très abondant, l'expansion du sac périodique se fait dans le sens de la moindre résistance, c'est-à-dire du côté du diaphragme et du médiastin postérieur.

Les conséquences de ce fait clinique, au point de vue de l'exploration de la région précordiale sont les suivants : Tout en tenant grand compte de l'élévation de la matité, il ne faut pas nécessairement considérer comme grands épanchements

ceux dans lesquels la matité atteint le cul-de-sac supérieur péricardique (lequel correspond à la troisième côte). De ce côté, les changements sont peu appréciables, et chez notre malade, dans tout le cours de l'affection, les limites de la sonorité n'ont pas varié de plus de 2 centimètres.

Les limites latérales de la matité n'ont guère plus de valeur, nous ne les avons pas vues osciller de plus de 2 centimètres; avant l'épanchement, la matité transversale mammaire était de 11 centimètres; la veille de la ponction, elle ne dépassait pas 13 centimètres. D'ailleurs, cette limite, du côté de l'aisselle, est toujours assez difficile à établir en raison des rapports variables du poumon et du péricarde; ce n'est donc pas un élément d'appréciation sur lequel on puisse compter.

Tout autre est l'augmentation de la matité diaphragmatique, qui prouve que le liquide s'accumule vers la base du sac péricardique, et que la convexité du diaphragme s'abaisse. Ce signe, suivant moi, est de la plus haute valeur, et c'est l'un de ceux qui m'ont imposé la conviction de la présence d'un vaste épanchement. Pendant plusieurs jours de suite, mesurant avec soin la hauteur totale de la matité précordiale, j'ai pu constater que tandis que les limites supérieures et latérales restaient à peu près immuables, la zone sonore produite par la percussion de la région stomacale allait s'abaissant régulièrement, si bien que la veille de la ponction, la hauteur totale de la matité était de 16 centimètres 1/2 et la sonorité gastrique descendue au-dessous des dernières côtes.

Un autre signe très important, que je n'ai trouvé signalé nulle part, témoignait également des progrès de l'épanchement. En percutant la poitrine en arrière du côté gauche, le son y prenait une tonalité élevée, à timbre aigu, tout à fait analogue au tympanisme sous-claviculaire que l'on rencontre dans les pleurésies, quand le poumon est comprimé; or, l'auscultation démontrait qu'à cette époque aucun épanchement n'existait dans la cavité pleurale. Ce bruit skodique pulmonaire ne pouvait donc reconnaître comme origine que la compression produite par l'épanchement intra-péricardique; il prouvait, mieux encore que l'abaissement de la sonorité gastrique, combien le liquide distendait le péricarde vers le médiastin postérieur.

Un dernier signe, très net chez notre malade, doit être utilisé pour le diagnostic de la quantité du liquide. Je veux parler de l'œdème local de la paroi précordiale. Tous les médecins connaissent la valeur de ce symptôme dans les grands épanchements pleuraux, et particulièrement dans les pleurésies purulentes. Quelque idée que l'on se fasse de la pathogénie de cet œdème, qu'on y voie un simple effet de gêne circulatoire par compression mécanique ou bien une propagation inflammatoire de la séreuse au tissu sous-dermique, il est incontestable que le gonflement de la paroi thoracique, quand il existe, est une preuve sérieuse de l'abondance (ou de la purulence) de la pleurésie. Ce qui est vrai pour la plèvre l'est également pour le péricarde, et, chez notre malade, l'œdème pariétal n'a commencé à se produire que le jour où les symptômes fonctionnels de gêne circulatoire ont pris un caractère menaçant.

Je ne veux pas quitter cette discussion sans mentionner un symptôme qui, sans avoir la netteté et l'évidence des précédents, fournit néanmoins de fortes présomptions au sujet de l'abondance de l'épanchement; je veux parler du *pouls paradoxal* dont mon malade a présenté un exemple caractéristique.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA LOIRE ET DE LA HAUTE-LOIRE.

Le 8 octobre dernier, avait lieu à Saint-Etienne, dans le palais des Arts, et sous la présidence du sympathique docteur Langlois (du Puy), l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

Les réunions de ce genre ont toujours un caractère confraternel, et les discussions qu'elles provoquent, une incontestable utilité professionnelle. C'est ainsi que la question des syndicats

a été abordée par M. le secrétaire général. Avec un grand bon sens et le sang-froid qui convient dans l'examen d'un sujet aussi grave, notre confrère de Saint-Etienne a fait observer le danger d'une conclusion trop prématurée de cette question. Avant de songer à fonder des syndicats, utiles assurément, il faudrait au moins attendre le vote d'une loi depuis longtemps ajournée. C'est toujours l'histoire du lièvre et du civet.

Le président, le docteur Langlois, est plus enthousiaste, mais il déclare, toutefois, que la formation des syndicats n'est possible que dans les petits centres, dans un arrondissement par exemple. Dans ces conditions, l'établissement des syndicats serait désirable, à condition de voir ceux-ci fonctionner à côté de l'Association, qui a un but plus élevé et plus noble « l'assistance confraternelle et la moralisation de la profession. »

Ce n'est même qu'à cette condition, ajouterons-nous, que les syndicats pourront rendre d'utiles services. Empruntant à l'appui moral de l'Association une influence plus grande, ils seraient alors mieux écoutés dans la défense et la revendication des intérêts professionnels.

« Le nombre et l'union, dans l'ordre moral comme dans l'ordre physique, ajoute avec « raison le rédacteur de la *Loire médicale*, aujourd'hui comme toujours, font la force et la « puissance dans ce monde ; les médecins feront bien de ne pas l'oublier. » Sages paroles auxquelles nous nous associons. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Présentations. — De l'ulcération des artères dans les foyers purulents. — Rapport sur une observation de fracture compliquée de la voûte du crâne, avec enfoncement des fragments. — Rapport sur une observation de kyste tendineux à grains riziformes. — Note sur la tuberculisation des synoviales tendineuses. — Présentation de malade : Ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale ; particularités de cette observation. — Présentation de pièce pathologique : Résection sous-périostée de 14 centimètres de la diaphyse humérale pour une fracture comminutive de l'humérus par projectile de guerre ; guérison pendant dix ans ; ostéite ultérieure, dépérissement, amputation.

M. Verneuil présente, 1° au nom de M. le docteur Longuet (de Bourges), une observation d'élongation du nerf buccal par la voie buccale ; 2° au nom de M. le docteur Jaccolot, une brochure sur la trachéotomie et la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne en un seul temps.

— M. Monod présente, au nom de M. le docteur Bouilly, chirurgien des hôpitaux, une observation d'ulcération et d'hémorrhagie artérielles, dans un cas d'ostéomyélite ancienne du fémur.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Monod revient sur la discussion soulevée par le rapport de M. Théophile Anger sur le travail de M. Humbert, relatif à l'ulcération des artères par le pus.

La possibilité de la perforation des artères ayant été contestée, M. Monod a fait quelques recherches à ce sujet dans les livres et les recueils périodiques. Il a pu réunir ainsi un assez grand nombre de faits divisés en plusieurs catégories. Ce sont d'abord des cas d'amygdalite primitive suppurée, ayant déterminé la mort par hémorrhagie foudroyante, due à la perforation de la carotide interne. M. Monod fait remarquer que, dans plusieurs de ces cas, l'ouverture de l'abcès avait été spontanée et non point faite par le chirurgien. Ces cas sont au nombre de quatre.

Dans une autre série de faits, l'hémorrhagie par ulcération et perforation artérielles a eu lieu dans des cas de suppurations secondaires pendant la convalescence de fièvres graves, scarlatine, fièvre typhoïde, etc. Une fois l'abcès avait son siège dans l'amygdale, deux fois dans la parotide, une fois dans les ganglions du cou, une fois dans le médiastin. Dans ce dernier, la mort eut lieu par hémorrhagie foudroyante consécutive à l'ulcération de l'aorte. Quant à la septicémie, que l'on a accusée de donner lieu à ces hémorrhagies, par ramollissement et ulcération des parois des artères, M. Monod dit en avoir trouvé seulement deux exemples avérés, dont un dans un cas d'adénite cervicale, communiqué à la Société de chirurgie, en 1870, par le docteur Dauvé. L'abcès avait été ouvert par le caustique, mais il fut évident que l'action du caustique n'avait pas produit la perforation de l'artère.

Dans quatre autre cas, l'hémorrhagie fut consécutive à des adénites suppurées du cou, ouvertes soit spontanément, soit par la main du chirurgien,

Des hémorrhagies ont été également observées dans six cas d'adénites inguinales suppurées; mais de ces cas, il convient de mettre de côté ceux, au nombre de cinq, dans lesquels il s'agissait non d'une adénite simple, mais de bubons et de gourmes syphilitiques. En effet, la tendance ulcérative de la maladie spécifique, dont les bubons et les gourmes ne sont que des manifestations, rend douteuse l'influence, dans ces cas, de la suppuration proprement dite.

Dans une autre série de faits, les hémorrhagies ont eu des sources diverses. L'artère ulcérée par la suppuration a été quatre fois la linguale, deux fois l'axillaire, une fois l'intercostale, deux fois la radiale et la cubitale, un fois la temporale profonde.

Dans un autre ordre de faits, l'hémorrhagie s'est montrée dans des cas d'abcès par congestion d'origine osseuse. L'artère poplitée a été ulcérée neuf fois, sans que l'ulcération pût être rapportée à l'action mécanique d'un séquestre; dans cinq autres cas, la présence d'un séquestre ne permet pas d'attribuer l'ulcération vasculaire à la seule action du pus; ces cas doivent donc être mis de côté.

Douze fois, l'ulcération avait pour siège l'artère fémorale ou ses branches dans des cas d'ostéomyélite plus ou moins ancienne du fémnr. Dans plusieurs de ces cas, l'hémorrhagie s'est produite sans intervention chirurgicale, sans introduction de doigt ni de drain. On ne peut incriminer dans ces cas, comme on le fait pour d'autres, l'intervention du chirurgien.

Deux fois l'humérale a été perforée dans des cas d'ostéomyélite de l'humérus.

Deux fois la nécrose du maxillaire inférieur a produit des hémorrhagies, dans un cas par ulcération de l'artère dentaire, dans l'autre par ulcération de la carotide externe.

Dans trois cas de carie vertébrale on a observé des hémorrhagies foudroyantes, une fois par ulcération de l'artère vertébrale, et deux fois par ulcération de l'aorte. Mais ces observations sont discutables à cause de l'existence de séquestres qui ont pu déterminer la perforation de l'artère vertébrale ou de l'aorte.

Enfin il a été publié tout récemment en Allemagne un travail comprenant quelques cas d'ulcérations de la carotide interne par carie du rocher.

En somme, il résulte de l'ensemble de faits résumés dans la communication de M. Monod, que la possibilité de l'ulcération et de la perforation des artères dans les foyers de suppuration ne saurait être révoquée en doute. Toutefois l'interprétation de ces faits est difficile. L'explication d'après laquelle l'ulcération artérielle serait due à une cause mécanique ne paraît pas suffisante. Faut-il invoquer l'influence d'un état général tel que la septicémie, comme le voudrait M. Verneuil? Cette opinion, M. Monod déclare qu'il ne l'accepte qu'avec réserve, attendu qu'il n'existe encore dans la science, du moins à sa connaissance, que deux exemples bien avérés où l'action de la septicémie peut être considérée comme probable, et que si cette action est démontrée en ce qui concerne les altérations des capillaires sanguins, on ne l'a pas encore signalée dans les altérations des gros troncs artériels. Toutefois, M. Monod reconnaît qu'il y a lieu de reviser à ce point de vue les observations qui ont été publiées.

Quoi qu'il en soit, le fait de la perforation des artères dans les foyers purulents ne saurait être mis en doute. Les exemples recueillis par M. Monod le démontrent péremptoirement. M. Monod se propose de continuer sur ce sujet les recherches qu'il a commencées et d'en communiquer les résultats à la Société de chirurgie.

— M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux, relative à un cas de fracture compliquée de la voûte du crâne avec enfoncement des fragments et hernie de la substance cérébrale à travers la plaie.

Ce grave traumatisme n'ayant produit aucuns troubles cérébraux primitifs, s'accompagne seulement d'un peu d'hyperesthésie cutanée. M. Schwartz crut devoir attendre, pour intervenir, jusqu'au sixième jour où se manifestèrent des symptômes d'hémiplégie. Il pratiqua alors la trépanation et l'extraction des fragments enfoncés dans la substance cérébrale; tous les symptômes morbides disparurent à la suite de l'opération. La guérison touchait à son terme lorsque le malade, à la suite d'une chute sur la cicatrice fut pris d'une méningo-encéphalite suppurée qui l'emporta rapidement.

Sans vouloir critiquer la conduite suivie dans ce cas par le chirurgien, M. le rapporteur pense qu'il n'existait aucune contre-indication à l'intervention immédiate et au relèvement, des fragments enfoncés dans le crâne; d'autant plus que la hernie de la substance cérébrale à travers la plaie impliquaient nécessairement la pénétration de l'air dans le foyer de la fracture. La contusion, l'attrition de la substance cérébrale et la déchirure des méninges ne permettant pas le doute sur la manifestation d'une méningo-encéphalite locale, pourquoi laisser dans le cerveau une cause d'irritation permanente beaucoup plus préjudiciable au malade que l'intervention opératoire? Les symptômes de méningo-encéphalite qui se sont manifestés consécutivement à la chute sur la cicatrice n'ont-ils pas eu leur source première dans l'action irritante prolongée des fragments enfoncés dans la substance cérébrale, et la chute n'a-t-elle

pas eu pour seul effet de donner un coup de fouet à une inflammation latente qui n'attendait, pour éclater, que l'intervention d'une cause occasionnelle?

Quoi qu'il en soit, l'observation adressée par M. le docteur Schwartz est très intéressante et prise avec beaucoup de soin; en conséquence, M. le rapporteur propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments; 2° de déposer son travail dans les archives; 3° d'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire. (Adopté.)

— M. Nicaise lit un rapport sur une communication de M. le docteur Humbert, chirurgien des hôpitaux, intitulée : *Kyste tendineux à grains riziformes, incision, traitement antiseptique, guérison.*

Le sujet de cette observation est une femme de 27 ans, cuisinière, qui avait à la main droite une synovite de la gaîne des fléchisseurs dont le début remontait à trois ans.

La tumeur était en bissac et la poche supérieure était surtout saillante à la partie interne de la face antérieure du poignet. Il y avait de la gêne des mouvements des doigts, notamment des deux derniers.

M. Humbert pratiqua l'opération le 1er août 1882. La malade étant endormie, il fit une incision de 3 centimètres sur la partie saillante de la poche antibracchiale, en ayant soin de ne pas intéresser le cul-de-sac supérieur, ni le tissu cellulaire voisin. La paroi était épaisse de 3 à 4 millimètres, dense et fibreuse. Il sortit une grande quantité de petits corps de forme lenticulaire. Deux injections phéniquées au 20e furent faites dans l'intérieur de la poche. M. Humbert enleva également cinq ou six corps extrêmement petits, pédiculés et appendus à la face interne du kyste. Il excisa légèrement les deux lèvres de la poche, dans laquelle il plaça un tube à drainage court.

Au pansement antiseptique, M. Humbert associa la compression, faite avec une éponge placée dans la paume de la main, et l'immobilisation, en mettant l'avant-bras et la main dans une gouttière en gutta-percha.

Le drain fut enlevé le lendemain; il n'y eut pas de suppuration, la plaie bourgeonna et se cicatrisa lentement. Au bout de quinze jours, le pansement fut remplacé par un bandage ouaté. La malade quitta l'hôpital le 26 août. Elle fut présentée à la Société de chirurgie, le 11 octobre, plus de deux mois et demi après l'opération. Il a été facile de voir que le résultat était excellent, la guérison parfaite, sauf une légère diminution de la force des doigts auriculaire et annulaire.

M. le rapporteur appelle l'attention sur un point de l'histoire de la synovite à grains riziformes, celui de l'état des tendons situés au milieu de la gaîne malade.

Deux faits qu'il a eu l'occasion d'observer, et dont l'un a été communiqué en 1881 à la Société de chirurgie, montrent que dans la synovite tendineuse à grains riziformes les tendons peuvent s'altérer, ce qui présente de l'intérêt au point de vue des indications thérapeutiques et du pronostic à porter. La crainte des lésions tendineuses engagera à intervenir de bonne heure, et, de plus, la possibilité de leur existence ne permettra pas d'assurer au malade le rétablissement complet des mouvements.

En ce qui concerne la pathogénie des grains riziformes, M. Humbert semble adopter la théorie de Virchow, qui considère ces grains comme formés par la prolifération des parois de la gaîne. Suivant M. Nicaise, cette théorie, acceptable pour expliquer la formation de quelques grains isolés, ne l'est plus quand il s'agit de cette multitude de grains qui occupe la cavité de la gaîne, dans cette variété de la synovite tendineuse. L'examen macroscopique et microscopique et l'analyse chimique démontrent que ces derniers corps sont formés de matière albuminoïde et non de tissu conjonctif.

L'objet principal de la communication de M. Humbert est de montrer l'efficacité et l'innocuité de la méthode antiseptique rigoureuse dans le traitement de la synovite tendineuse à grains riziformes. Sous ce rapport, l'observation de M. Humbert est on ne peut plus concluante.

M. le rapporteur termine en proposant : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur, candidat à une place de membre titulaire; 2° d'insérer son observation dans les *Bulletins*. (Adopté.)

— M. Terrier lit une *note sur la tuberculisation des synoviales tendineuses.*

Après avoir, dans un court historique, mentionné les observations de MM. Debove, Lancereaux, Bouilly, Jamin, interne de M. Trélat, qui, les premiers, ont appelé l'attention sur la tuberculisation des synoviales tendineuses, M. Terrier croit devoir ajouter aux faits publiés par ces observateurs, trois faits nouveaux dont deux ont eu la sanction de l'examen histologique, fait au Collège de France par M. Gilson, sous la direction de M. le docteur Malassez.

Les fongosités des synoviales enlevées chez des malades du service de M. Terrier, et soumises à l'examen histologique, ont présenté les lésions anatomo-pathologiques caractéris-

tiques de la tuberculose, savoir : 1° l'oblitération des vaisseaux ; 2° la présence des cellules géantes entourées de zones de cellules embryonnaires ; 3° l'existence de foyers embryonnaires offrant à leur centre une dégénérescence granuleuse. Dans les faits précédemment observés, on n'avait pas trouvé réunis à ce point l'ensemble des lésions qui actuellement sont regardés comme caractéristiques de la tuberculose.

Cliniquement, la synovite tendineuse tuberculeuse paraît à M. Terrier offrir un certain nombre de types tantôt distincts, tantôt pouvant se succéder.

Un premier type est celui de la synovite fongueuse, telle qu'elle a été décrite, depuis Bidard, dans tous les traités classiques et qu'elle a été observée par MM. Lancereaux, Ulysse Trélat, Bouilly.

Un second type, assez voisin du précédent, a été observé deux fois par M. Terrier dans les gaînes tendineuses du poignet et de la main.

Ici les fongosités paraissent localisées à certains points de la synoviale tendineuse, et celle-ci n'est pas envahie dans toute sa longueur comme dans la précédente forme. Très rapidement la tumeur s'abcède, s'ulcère, et cette ulcération s'accroît peu à peu, offrant une teinte d'un rouge violacé, des bords décollés et donnant issue à un écoulement séreux et séro-purulent plus ou moins abondant.

Cette synovite tendineuse ulcéreuse envahit à la fois plusieurs gaînes et se développe chez des sujets suspects ou atteints de tuberculose pulmonaire.

Enfin, il existe un troisième type clinique comparable à la tuberculose aiguë des articulations signalée par M. Laveran et qui est devenue classique. Dans ce cas, l'affection offre tous les symptômes d'une synovite aiguë avec épanchement : tuméfaction considérable, rougeur des téguments, chaleur de la région, enfin douleurs vives.

Dans le cas observé par M. Terrier, les symptômes étaient si accusés qu'il crut à une synovite suppurée, et une ponction donna issue à un liquide séreux, clair, contenant des grains fibrineux.

Les accidents inflammatoires se calmèrent aussitôt, mais l'affection ne guérit pas pour cela. La synoviale s'épaissit rapidement et bientôt se développèrent d'abondantes fongosités qui, examinées au microscope, furent reconnues comme tuberculeuses par les histologistes compétents.

En résumé, la synovite tendineuse tuberculeuse peut évoluer soit d'une façon chronique, comme la synovite fongueuse chronique classique, et, dans ce cas, elle offre parfois des ulcérations étendues ; ou bien elle apparaît assez vite avec des phénomènes inflammatoires, en un mot, elle est aiguë. Ici les fongosités synoviales succèdent à un épanchement séreux abondant contenant des grains d'aspect de riz cuit.

Le diagnostic de la synovite tendineuse tuberculeuse n'est pas toujours facile, et souvent elle sera confondue avec une synovite fongueuse, d'autant plus facilement que le sujet atteint peut, au moment où on l'examine, présenter un état général parfait. Si l'état général est suspect, s'il existe d'autres lésions tuberculeuses, on pourra soupçonner la dégénérescence des fongosités.

Le pronostic paraît bénin alors que la tuberculose est localisée à des fongosités synoviales et que l'état général est parfait. Dans ces cas, l'ablation du mal a fait disparaître les accidents sans faire cesser les menaces de récidive toujours suspendues sur la tête du malade.

Le pronostic est grave, très grave dans les cas de tuberculose généralisée. Tantôt la mort survient par suite des complications pulmonaires, tantôt, malgré l'ablation, le grattage, etc., les accidents locaux reparaissent et tendent à envahir les tissus voisins.

De ces deux pronostics différents découlent deux thérapeutiques, l'une véritablement curative, ou ayant cette prétention théorique, l'ablation des fongosités tuberculeuses ; l'autre seulement palliative, qui consiste dans la compression, l'immobilisation et la cautérisation.

— M. Berger présente un malade, homme de 32 à 33 ans, boucher et légèrement obèse, auquel il a pratiqué la ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale. Cet homme avait eu, préalablement à l'anévrysme de l'artère fémorale, un anévrysme de l'artère poplitée, qui fut traité par la compression digitale pratiquée sur la fémorale au pli de l'aine. Après 12 heures de compression digitale, la tumeur anévrysmale était devenue complètement dure et tout battement y avait cessé.

Quelque temps après, sur le point même où la compression digitale avait été exécutée, apparut un anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale, qui alla grossissant de plus en plus et finit par remonter au-dessus de l'arcade de Fallope. Le développement de la tumeur s'accompagna d'un gonflement éléphantiasique du membre, d'une véritable sclérodermie avec œdème profond et troubles très marqués de la nutrition : pustules d'ecthyma, ulcérations de la peau, etc.

La ligature de l'artère iliaque externe s'imposait comme seule ressource, M. Berger la pratiqua en présence de M. le professeur Gosselin, dans le service duquel était entré le malade, et avec l'assistance de M. Farabeuf. L'artère fut mise à nu au moyen d'une incision courbe remontant jusqu'à l'ombilic, qui permet de la découvrir sans intéresser le péritoine. Elle fut liée avec un fil de catgut qui se résorba, au bout de quelques jours, sans provoquer d'accidents. La plaie, pansée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, se cicatrisa rapidement. Au bout de quatre semaines, le malade a pu se lever et marcher.

Aujourd'hui, la tumeur est réduite au volume d'une noix; mais, depuis que le malade marche, l'engorgement du membre a reparu et nécessitera l'usage d'un bas lacé avec genouillère et cuissard; M. Berger se propose, en outre, de faire porter à son opéré un bandage destiné à soutenir la paroi abdominale amincie par l'incision et éviter ainsi la formation d'une hernie.

En résumé, cette observation se recommande à l'attention des chirurgiens par les quatre particularités suivantes : 1° Développement d'un anévrysme sur le point de l'artère fémorale où avait été pratiquée la compression digitale pour la cure d'un anévrysme de l'artère poplitée; 2° Intégrité relative de l'artère iliaque externe, malgré le voisinage d'un énorme anévrysme de l'artère fémorale remontant jusqu'au dessus de l'arcade de Fallope; 3° Particularité du procédé opératoire relative à l'incision courbe remontant jusqu'à l'ombilic, afin de faciliter la mise à nu de l'artère sans lésion du péritoine; 4° Enfin, bons effets de la ligature au catgut qui a donné, dans ce cas, les meilleurs résultats.

— M. Nicaise présente une pièce pathologique, provenant d'un malade auquel il vient de pratiquer la désarticulation du bras pour une ostéite suppurée de la diaphyse humérale.

Il y a douze ans, M. Nicaise avait pratiqué à ce même malade la résection sous-périostée de 13 à 14 centimètres de la diaphyse humérale pour une fracture comminutive de l'humérus par une balle prussienne. En brisant l'humérus, le projectile avait coupé également le nerf radial.

Le résultat de la résection sous-périostée ne laissa rien à désirer, et la Société de chirurgie devant laquelle le malade fut présenté, il y a dix ans, put constater que la portion réséquée s'était presque complètement reproduite, si bien qu'il n'y avait que 1 centimètre de différence entre la longueur de l'humérus reproduit et celle de son congénère. Malheureusement cet individu, exerçant la profession de tailleur de pierre, était obligé, par la nature de son travail, de fatiguer incessamment l'os nouvellement reproduit. Il en résulta, à diverses reprises, des ostéites terminées par des abcès qui furent ouverts et qui guérirent. Mais, en juillet dernier, un nouvel abcès se forma qui resta fistuleux; puis, l'état général devint mauvais et, en septembre, il se produisit une fracture spontanée de l'os enflammé, puis des symptômes d'arthrite suppurée de l'épaule. En même temps, le malade maigrissait beaucoup, avait une température élevée, des sueurs profuses, une expectoration de crachats purulents, nummulaires, en un mot tous les signes de la phthisie des malades qui ont longtemps suppuré.

Pour enrayer la phthisie, qui menaçait d'enlever le malade à bref délai, M. Nicaise a pratiqué, le 15 octobre dernier, la désarticulation du membre et l'opération a donné d'excellents résultats. M. Nicaise est convaincu que si le malade n'avait pas été tailleur de pierre, il eût pu conserver son bras.

M. Nicaise montre la pièce anatomo-pathologique, remarquable à divers égards, et qui lui suggère des considérations pleines d'intérêt que nous regrettons de ne pouvoir reproduire.

On voit sur cette pièce de petits fragments de plomb incrustés dans l'os et les muscles. L'os nouveau est comme enchâtonné dans l'os ancien; à la partie supérieure de l'humérus, la reproduction de l'os nouveau est moins marquée, moins régulière qu'à la partie inférieure. On constate dans celle-ci une tendance à la formation d'un canal médullaire, mais ce canal nouveau, encore incomplet, ne communique pas avec le canal médullaire ancien.

La section du nerf radial par la balle avait nécessairement déterminé la paralysie des muscles innervés par les rameaux de ce nerf. Mais cette paralysie était incomplète, quelques fibres nerveuses ayant été respectées par le projectile. Il se manifesta, quelque temps après la paralysie, un phénomène assez curieux consistant dans la production d'une tumeur du dos de la main semblable à celle que l'on constate chez les individus affectés de paralysie saturnine, phénomène qui a été signalé, d'ailleurs, par Gubler et par M. Nicaise dans d'autres affections.

Enfin ce malade avait constamment, depuis sa blessure, le pouce en adduction forcée; il lui était impossible de porter son pouce dans l'abduction. Or, des deux muscles abducteurs du pouce, le long abducteur seul était paralysé, puisque ce muscle est innervé par le radial qui, chez ce malade, avait été coupé par la balle; le court abducteur, recevant son rameau du médian intact, n'était point compris dans la paralysie. Comment donc expliquer l'impossibilité dans laquelle se trouvait ce malade de porter le pouce dans l'abduction?

Ce fait s'expliquerait, suivant M. Nicaise, en admettant, avec Duchenne (de Boulogne), que le court abducteur du pouce n'est pas un abducteur, comme son nom l'indique à tort, mais un adducteur. Il viendrait donc à l'appui de l'opinion de Duchenne (de Boulogne), sur le rôle du court abducteur du pouce.

— Dans le courant de la séance, une commission a été nommée au scrutin pour l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire; ont été élus MM. Marchand, Périer et Pozzi.

— La Société de chirurgie ne se réunira pas mercredi, 1er novembre, à cause de la fête de la Toussaint. — A. T.

CHRONIQUE

L'homme au poignard. — La chambre correctionnelle du tribunal de Strasbourg vient de juger une affaire curieuse au point de vue médico-légal. Il y a plus de deux ans, aux mois de février et de mars 1880, un malfaiteur répandit pendant plusieurs semaines la terreur dans la capitale de l'Alsace-Lorraine. Après la tombée de la nnit, il circulait dans les rues de la ville, frappant des jeunes femmes et des jeunes filles, de préférence au sein, avec un instrument piquant et bien aiguisé, qui perçait les vêtements et faisait dans les chairs une entaille parfois profonde de plusieurs centimètres. Le coup était toujours porté avec une sûreté de main étonnante. L'agression était si brusque, que les victimes n'avaient point le temps de se défendre; la plupart du temps, elles ne s'apercevaient qu'au bout de quelque temps, à l'hémorrhagie qui s'ensuivait, de la blessure qu'elles avaient reçue.

Dix-huit jeunes femmes furent ainsi victimes de ce dangereux maniaque, qui ne s'attaquait pas aux hommes. Par un heureux hasard, aucune des blessures n'offrit de gravité. Telle était l'audace du malfaiteur qu'il put un soir, à la sortie du théâtre, frapper au milieu de la foule deux jeunes filles à dix pas l'une de l'autre.

L'exaspération était très vive dans la population strasbourgeoise. On ne sortit plus qu'armé le soir, et l'*homme au poignard*, comme on l'appelait, eût probablement été lynché sur place, s'il avait été arrêté. Mais tous les efforts de la police pour le découvrir furent vains; plus de vingt innocents furent successivement arrêtés sans qu'on mît la main sur le coupable. Celui-ci ému sans doute de ces recherches, disparut.

Longtemps après, la répétition d'attentats analogues, à Brême, et l'arrestation du criminel firent supposer qu'on avait enfin trouvé l'auteur des coups de poignard de Strasbourg. C'était un nommé Mary, âgé de 31 ans, originaire de Barr, et ayant à Brême un salon de coiffure. Il opposa les dénégations les plus absolues aux charges élevées contre lui. Mais ses victimes l'ayant parfaitement reconnu, le tribunal de Brême le condamna à 7 ans de prison et à la privation de ses droits civils pendant un an.

L'instruction du procès de Brême ayant fourni la preuve certaine que Mary et l'*homme au poignard* de Strasbourg n'étaient qu'une seule et même personne, l'individu en question fut extradé sur l'ordre du ministère public de Strasbourg, et conduit dans cette ville où une nouvelle instruction fut ouverte.

La question principale était de savoir si l'on avait affaire à un maniaque atteint d'une de ces dépravations des sens dont il existe tant d'exemples, en particulier celui bien connu du sergent Bertrand, qui allait déterrer la nuit des cadavres de femme pour se livrer sur eux à des actes d'érotisme dégoûtant.

Suivant l'expert, le prévenu a agi avec plein discernement, et aurait commis les actes qui lui sont imputés par vanité et par un raffinement de volupté.

Les antécédents du prévenu, rappelés par le ministère public, étaient d'ailleurs loin d'être favorables; il avait été condamné en France à trois ans de prison, puis expulsé de son pays; marié, il avait été séparé de sa femme à cause des mauvais traitements qu'il lui faisait subir. La nature identique des blessures à Brême et à Strasbourg était d'ailleurs une preuve écrasante de la culpabilité de Mary. Le défenseur plaida la non responsabilité des actes qui ne fut pas admise par le tribunal, et Mary vit sa première peine augmentée de trois années de prison.

Un épilogue à l'affaire Lawson. — On se rappelle qu'un médecin anglais, le docteur Lawson, ayant empoisonné son beau-frère avec de l'aconitine dans le but de devenir son héritier, fut condamné à être pendu, et exécuté. Avant de faire son coup, il avait pris la précaution d'assurer sa vie, qu'il risquait en somme, au profit de sa femme. La pendaison terminée, Mme Lawson, avec l'esprit pratique qui caractérise nos voisins d'outre-Manche, réclama à la

compagnie d'assurances la prime de 25,000 francs spécifiée dans le contrat. La compagnie, on le comprend, se fit quelque peu prier parce que l'assuré n'était pas mort de sa mort naturelle, par maladie ou accident imprévu. Cependant on lui fit observer que la mort de Lawson, quoique violente, ne pouvait pas être assimilée à un suicide, auquel cas le contrat d'assurance eût été annulé de droit; l'assuré ne s'est certainement pas livré de son plein gré à l'exécuteur des hautes œuvres; on peut même admettre, au contraire, qu'il n'a accompli cette démarche qu'avec une extrême répugnance.

La compagnie se rendant à ces raisons, non sans maugréer, pour la forme, paya les 25,000 francs.

Pourvu que tous les criminels n'aillent pas maintenant prendre la précaution, avant de perpétrer leur crime, d'assurer leur tête pour une somme considérable ! Il est probable qu'alors les compagnies d'assurance, pour essayer de sauver la tête qui leur deviendrait si chère, la feraient défendre à leurs frais par les meilleurs avocats. Elles y auraient tout intérêt. Mais que deviendrait la Société ?

Ce que deviennent nos vieilles croûtes de pain. — Voici à ce sujet quelques détails qui regardent l'hygiène, et qui à ce point de vue ressortissent à la médecine.

Maintenant les vieilles croûtes de pain ne *s'ennuient* plus comme autrefois derrière une armoire. Elles sont devenues l'objet d'une de ces mille petites industries de Paris que l'on connaît si peu en général. Elles font vivre une catégorie plus ou moins intéressante de braves gens qu'on appelle aux halles les « boulangers en vieux. » Leur matière première leur est fournie principalement par les pensionnats et collèges où les enfants, comme on sait, gâtent de nombreux morceaux de pain qui s'entasseraient, sans les boulangers en vieux, sous les bancs ou dans les recoins des cours de récréation.

Tous les morceaux de pain couverts de poussière, tachés d'encre et de boue, tous ceux qui ont trempé dans les ruisseaux, durci sur les tas d'ordures, sont recueillis avec soin par les garçons de salle et vendus presque au prix de la farine neuve aux boulangers susnommés. Ceux-ci divisent leur marchandise en catégories. Les morceaux encore présentables, préalablement séchés au four et passés à la râpe, deviennent des *croûtes au pot* et servent à faire la soupe ; la plupart des croûtons en forme de losanges, posés sur des plats de marmelade, n'ont pas d'autre origine.

La mie et les croûtes trop défectueuses sont battues au mortier, pulvérisées, et forment la chapelure blanche que les bouchers emploient pour *paner* les côtelettes, ainsi que la chapelure brune dont les charcutiers saupoudrent les jambonneaux.

Il y a aussi les débris, les miettes dont le boulanger en vieux sait tirer parti. Il les noircit au feu, puis les pile au mortier et en fait une poudre noirâtre qui, mêlée avec du miel et arrosée de quelques gouttes de menthe, forme un opiat pour les dents.

Gourmets et gourmands, défiez-vous des côtelettes panées et des jambonneaux ; et vous tous, qui avez besoin d'opiat pour les dents ou pour autre chose, tâchez de ne pas trop vous souvenir qu'il existe des boulangers en vieux à votre disposition !

Le lait à Paris. — Le très utile et très intéressant rapport que M. Charles Girard, chef du laboratoire municipal d'hygiène de la ville de Paris vient de publier sur les falsifications des matières alimentaires, contient les renseignements suivants sur le lait offert à notre consommation.

Les recherches du laboratoire municipal en 1881 ont porté sur 1,008 échantillons de lait. Sur ce nombre, 838 ont été prélevés soit par les experts inspecteurs, soit par les commissaires de police, et 170 ont été fournis par le public pour son propre compte. Les laits prélevés par les experts inspecteurs et les commissaires de police présentaient 45,46 pour 100 d'échantillons mouillés à 10 pour 100 d'eau et au-dessus, tandis que ceux apportés par le public ont donné 46,79 pour 100 d'échantillons de lait mouillés à 10 pour 100 d'eau et au-dessus. La différence n'est donc pas grande. D'autre part, si l'on consulte les renseignements recueillis en Angleterre pendant l'année 1880, on remarque qu'à Londres, sur 100 échantillons, il n'y en avait que 22,46 pour 100 de mouillés, 21,80 dans les grandes villes de l'Angleterre, 20 dans les comtés et 22 dans les bourgs; ainsi, comme le dit M. Girard : « Le mouillage à Paris est dans un état de prospérité remarquable, près du double de celui de Londres. » Il ajoute quelque part qu'il y a trouvé assez souvent jusqu'à 43 pour 100 d'eau, sans compter les autres altérations si diverses avec lesquelles on cherche à dissimuler la fraude.

Signalons encore, parmi les documents publiés, une étude très curieuse qui permet de se faire une opinion assez mauvaise sur les diverses préparations plus ou moins « lactées » que l'industrie malhonnête s'évertue d'offrir à la crédulité publique, et qui sont bien plus nuisibles que la chapelure ou l'opiat dont nous parlions plus haut.

Le nouveau lactomètre de Bruxelles. — Les agents préposés à l'inspection du lait par la

municipalité de Bruxelles viennent d'être pourvus d'un nouveau lactomètre qui paraît très simple, et qui a été inventé récemment à Hanovre.

Cet instrument, commode à porter, se compose de deux rondelles mobiles d'un diamètre un peu plus grand que celui d'une pièce de 5 francs. Une de ces rondelles est en caoutchouc, l'autre est en verre. Cette dernière est peinte en six nuances de couleurs indiquant les différents degrés de falsification du lait et rayonnant toutes vers le milieu de la rondelle.

Pour se servir de l'instrument, on dépose quelques gouttes de lait sur le milieu de la rondelle de caoutchouc qu'on recouvre de la rondelle de verre. La teinte du lait à expérimenter correspond alors à un des rayons de verre peint qui portent les désignations suivantes : « Très riche, normal, moins riche, très maigre, crème. » Cette dernière teinte est presque blanche, les autres vont du gris clair au gris foncé.

Ce lactomètre, employé déjà en Allemagne, aurait donné des résultats satisfaisants. Sa simplicité, qui nous garantit son bon marché, peut inviter notre laboratoire municipal d'hygiène à l'expérimenter. — P.

COURRIER

Les ateliers de l'Imprimerie étant fermés mercredi 1er novembre, jour de la TOUSSAINT, l'UNION MÉDICALE ne paraîtra pas le jeudi 2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Taguet est chargé du cours supplémentaire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Lagardelle, décédé.

— La fièvre typhoïde vient de sévir dans la ville d'Auxerre, avec une certaine gravité. Le nombre des malades s'est élevé à 2,000 environ, soit à un huitième de la population. Quant aux décès, il a atteint le chiffre de 100.

L'HYGIÈNE DES ÉCOLES. — Le ministre de l'instruction publique a présidé, le mercredi 11 octobre dernier, la première séance de la commission de l'hygiène des écoles, instituée par M. Paul Bert, le 24 janvier 1882. Cette commission, qui ne compte pas moins de quarante-cinq membres, n'avait pu être convoquée jusqu'à ce jour.

Le ministre a défini en quelques paroles le rôle de la commission. Ainsi qu'il a pris soin de le faire remarquer, « la question de l'hygiène scolaire est loin d'être nouvelle : de nombreux documents peuvent servir de point de départ aux travaux de la commission. Depuis longtemps, les hommes de science et les écrivains pédagogiques étudient les améliorations à apporter dans le mobilier scolaire, au point de vue de la santé des élèves.

Récemment encore, les médecins chargés d'étudier les causes d'une épidémie qui s'était produite à l'Ecole normale d'Auteuil, déterminaient dans leurs rapports les meilleures conditions sanitaires pour les écoles normales. Une commission de l'hygiène de la vue, instituée par M. Jules Ferry, a traité la question de l'éclairage des classes, etc., etc. Enfin, le comité des bâtiments scolaires a préparé un règlement, qui, pendant une année, a été appliqué par les soins de l'administration. La tâche de la commission consistera surtout à adopter une vue d'ensemble sur tous les points déjà étudiés.

Après l'allocution du ministre, la commission s'est subdivisée en cinq sous-commissions :

Première sous-commission. — Installation des locaux scolaires et hygiène des internats : M. Godard, président.

Deuxième sous-commission. — Mobilier scolaire : M. Maurice Perrin, président.

Troisième sous-commission. — Hygiène de la vue : M. le docteur Gavarret, président.

Quatrième sous-commission. — Hygiène des études ; éducation intellectuelle et éducation physique : M. Pécaut, président.

Cinquième sous-commission. — Education des enfants du premier âge : M. le docteur Parrot, président.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

BULLETIN

Voici un livre inattendu, mais intéressant pour nous, qui tenons par de vifs souvenirs au passé de l'UNION MÉDICALE, intéressant aussi pour nos vieux lecteurs, qui seront curieux d'apprendre, s'ils ne le savaient déjà, qu'Amédée Latour était d'ancienne et pure noblesse.

L'*Histoire des hommes illustres de la famille de la Tour de Noé* est écrite par l'abbé de la Tour de Noé, « prêtre de Toulouse, neveu du martyr l'abbé Gabriel-François de la Tour de Noé, petit-fils et filleul de Gabriel de la Tour de Noé, commandant l'armée royale victorieuse au combat de la Terrasse, le 21 thermidor, an VII. » L'auteur, en composant une cinquième édition de ce livre, nous assure que sa plume n'est pas mise en mouvement par « la vapeur de la vanité » ; il obéit à des sollicitations nombreuses en mettant au jour ce « superbe héritage de vertus et de gloire » que lui ont légué ses ancêtres, et nous donne pour excuse : « L'homme est partout et toujours si petit, que parler même du plus grand est presque un acte d'humilité profonde. »

Vous voyez qu'au seuil même de l'ouvrage on dresse l'oreille. A ceux qui tout d'abord ne comprendraient pas le raisonnement qu'on vient de lire, nous signalerons, à titre de comparaison, un syllogisme que l'histoire nous dit avoir germé dans quelques esprits : Pour plaire à Dieu, il faut nous mortifier ; or, nous mortifier pour plaire à Dieu est une joie ineffable ; mais, pour nous mortifier, il faut éviter les joies ineffables ; donc, faisons bonne chère et menons joyeuse vie ! Cela s'appelait *mortifier sa mortification*.

Nous sommes loin d'attribuer à M. de la Tour un si vilain sophisme. Cependant, à voir combien de fois reviennent, dans l'histoire de ses aïeux, les mots *illustre*,

FEUILLETON

CAUSERIES.

La grande actualité médicale est assurément la fièvre typhoïde, qui est tout à fait en vedette parmi les évènements du jour, et dont on s'occupe un peu partout. Déjà, il en avait été longuement parlé, et de la façon la plus intéressante, au Congrès de Genève, par M. le professeur Arnould. Après le Congrès, c'est le Conseil d'hygiène qui a pris l'affaire en main, puis enfin l'Académie, devant laquelle les choses typhoïdes vont se dérouler pendant des séances peut être fort nombreuses. Au-dessus des corps constitués et des réunions savantes, le public s'agite, se passionne et discute vivement sur l'épidémie actuelle.

Il est certain que toute épidémie est un évènement triste, et un sujet bien naturel de préoccupations pour les intéressés, c'est-à-dire pour tout le monde, et de recherches et de tentatives pour tous ceux qui ont une part quelconque dans le gouvernement de la santé publique. Dans le cas actuel, une émotion légitime a surgi à la lecture des détails donnés partout sur l'encombrement des hôpitaux de Paris, émotion que n'a point calmée le projet de ces baraquements, qui deviendront habitables sans doute au moment où l'épidémie aura presque terminé son cours.

En fait, l'apparition d'une épidémie de fièvre typhoïde dans un milieu comme Paris n'est jamais, à proprement parler, une surprise, et n'implique pas fatalement cette incurie, ces négligences dont on fait grand bruit, et où l'on veut trouver à toute force la cause du mal actuel. Si le public s'est emparé de cette fièvre typhoïde comme d'une nouvelle à sensation,

fameux, *célèbre*, écrits en italiques, son humilité profonde nous a rappelé vaguement la manière dont les moines du moyen âge comprenaient, dit-on, l'abstinence.

Noé, du diocèse de Rieux, était une baronnie et une petite forteresse du Languedoc, entourée de lieux historiques : par exemple Montbrun, qui dans le cœur de M. de la Tour occupe une large place, car sa tante y habitait, « femme d'esprit qui avait les yeux de travers, mais dont le cœur était droit » ; Montesquieu, dont le seigneur Bertrand de Molleville eut son château dévasté en une heure, parce qu'il « avait eu le malheur de déplaire à ses irascibles vassaux, par ses vertus peut-être, comme autrefois le juste Aristide. » Ce *peut-être* est pour nous dérouter ; car les gens de Montesquieu paraissent être mauvais coucheurs surtout « quand on les prend à rebrousse-poil », témoin l'abbé Grangeau, leur curé, « qui était très saint, mais très peu aimable », et qui un beau jour fut obligé « d'envoyer paître » ses brebis en leur tournant les talons. M. de la Tour, on le voit, n'a pas de répugnance pour le style imagé.

En exaltant la gloire de ses aïeux, M. de la Tour est sévère pour ses contemporains. Dans l'arbre généalogique des de la Tour Gabriel, de II à XIV, « pas une branche rabougrie! Pas un avorton dans cette race vigoureuse, pas un ramolli... » Nous, au contraire, nous sommes dégénérés, car « il ne faut pas se figurer que les Allemands soient des héros » ; s'ils nous ont vaincus, c'est « qu'ils n'ont rencontré que des Thersites ». Enfin, nous élevons nos enfants avec une coupable négligence, tandis que de la Tour de Noé Gabriel XIX, qui s'acquitta de ce devoir avec tant de fidélité, « est non-seulement un homme illustre, un grand homme, mais mieux que tout cela, un être parfait. Il fut bon époux, bon père..... » Impossible d'aller plus loin, nous sommes en 1730.

De la Tour de Noé Gabriel XX fut le grand-père de notre auteur. « Cet être à l'organisation si complète et si merveilleuse eut trois passions : celles de la modestie, des œillets et des observations météorologiques », et « trois antipathies : la médisance, la casquette et la pipe. » C'est lui qui fut vainqueur au combat de la Terrasse, où les rouges furent acculés au pont d'Ercus, « moins historique que celui d'Arcole, et qui pourtant mériterait de le devenir plus que lui. » Ce « fameux combat », où deux mille fantassins et cinquante cavaliers entrèrent en ligne, « a plus de valeur militaire à lui seul que toutes les batailles ensemble que les Frédéric, les Moltke et les autres ont livrées aux soldats de la France. »

Il y a aussi de la Tour le peintre, « cet artiste célèbre » qui naquit à Noé

---

il faut croire qu'il n'avait pas autre chose à faire pour le moment : on dirait que c'est la première fois que pareil fait arrive à Paris, et que c'est une maladie nouvelle qui vient nous décimer. Bien d'autres épidémies typhoïdes se sont déjà déroulées, au milieu de l'indifférence et de la résignation générales ; cette fois-ci, par l'effet de ces courants subtils qui dirigent mystérieusement l'opinion, c'est devenu une grosse affaire. La presse y a grandement contribué, soit comme écho, soit comme prélude aux idées dominantes, et a multiplié les articles de toute espèce sur la fièvre typhoïde. Cela devient même gênant, car il n'est pas de maison d'où l'on sorte aujourd'hui sans qu'un lecteur assidu de quelque feuille sérieuse vous en fourre un numéro dans votre poche, en vous disant : « Docteur, j'ai trouvé là un article très intéressant sur la fièvre typhoïde ; je l'ai mis de côté à votre intention, pensant que vous y trouverez peut-être quelque chose à prendre. » Oui certainement, honnête et excellent monsieur Prudhomme, quelque chose à prendre, et beaucoup à laisser.

Si vous rentriez chez vous après une certaine absence, ayant eu soin de bien fermer vos portes, et que vous trouviez un éléphant dans votre chambre à coucher, vous seriez en droit de manifester quelque surprise et de vous demander par où il est entré. Mais si vous avez laissé une petite maison de campagne inhabitée pendant tout l'hiver, et qu'au printemps le piano et les fauteuils vous apparaissent élégamment garnis de champignons, vous trouvez cela désagréable, mais point extraordinaire, et vous ne vous creusez pas la tête pour savoir comment cette végétation a pu se produire.

L'ingénieuse comparaison qui précède me paraît applicable aux épidémies. La peste, la fièvre jaune, le choléra indien, c'est l'éléphant ; s'ils venaient, l'une ou l'autre, s'installer chez nous, c'est qu'on aurait mal fermé les portes, et alors il y aurait à s'enquérir des négligences commises, des moyens à prendre pour nous débarrasser de l'intrus, des précautions

en 1807, et qui mourut jeune, « comme Raphaël », par la chute d'un mauvais tilbury. « Il n'y était pas à sa place; en y montant, il avait dérogé, lui qui aurait dû rouler carrosse. Dieu, en permettant ce terrible accident, prouva qu'il veut qu'on soit modeste, mais toujours avec modération. » Précepte admirablement suivi par l'auteur de ce livre.

Incidemment, nous trouvons l'histoire d'un journal fondé par M. de la Tour, l'*Illustration du Midi*. « Cette œuvre humanitaire méritait d'arriver à l'immortalité », dit l'auteur dans son humilité profonde. Malheureusement, un « famélique entourage, voyant que cette poule pondait hebdomadairement un œuf d'or, voulut laïciser ce volatile clérical », et « l'animal vulgarisé ne pondit plus qu'un guano indigène. » Depuis cette époque, on a plusieurs fois supplié M. de la Tour de « ressusciter la défunte »; mais ses dispositions avaient changé. « Guizot a dit : l'homme absurde est celui qui ne change jamais. Or, j'ai changé, donc je ne suis pas absurde. » Syllogisme un peu hardi, d'où résulterait qu'il suffit de changer pour être un homme intelligent.

Ce qui nous étonne, c'est de voir ce noble abbé, ce descendant des Gabriels où ne se compte pas un ramolli, ce narrateur épique du 21 thermidor, faire un calcul très serré d'où il appert que l'*Illustration du Midi* « l'aurait conduit à la fortune », grâce à l'appui du maréchal Niel, dont il avait placé le portrait dans le premier numéro ; sur quoi l'empereur dit à Mgr Tascher de la Pagerie : « Duc, nous n'avons pas à Toulouse un journal qui serve suffisamment nos intérêts dynastiques. Voici une plume audacieuse et sacerdotale qui fera parfaitement notre affaire. » D'où il suit que, l'empire ayant tenu encore sept ans, M. de la Tour peut écrire : « C'est du sommet de quatorze cent mille francs que, le 4 septembre 1870, j'aurais pu contempler avec une vraie tristesse financière la chute de Napoléon III. »

Mais laissons la tristesse financière de l'excellent abbé, pour en venir aux faits qui nous intéressent. Amédée de la Tour dit adieu à Toulouse et vient vivre à Paris. « Ce grand médecin était le fondateur et le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, vrai moniteur de cet art délicat, journal répandu dans l'univers entier, et qui sert un dividende de 30 °/₀ à tous ses actionnaires. » Nous remercions l'auteur de sa bonne opinion; cependant, nous devons avouer que les actions de l'UNION MÉDICALE rapportent seulement 15 °/₀; c'est déjà bien. « Il avait créé l'Association, institution merveilleuse, véritable caisse des retraites médicales. » Il nous plaît d'entendre ainsi parler de la meilleure action d'Amédée Latour. « Avec lui s'est

---

pour lui barrer le passage une autre fois. Mais, la fièvre typhoïde, c'est le champignon, c'est ce qui pousse tout seul dans un milieu favorable, et il n'en est pas de plus complètement approprié à cette génération qu'une ville comme Paris. C'est à Paris, notamment, que se vérifie le mieux la loi si bien établie par Besnier, de l'épidémicité automnale de la fièvre typhoïde. Des influences multiples doivent concourir à faire éclore la fièvre typhoïde de préférence dans une certaine saison, influences pouvant porter soit isolément, soit simultanément sur les germes de la maladie, sur les nombreux foyers d'infection où l'on place son origine, sur la prédisposition des sujets. Mais n'est-il pas frappant qn'elle atteigne précisément son apogée en automne, c'est-à-dire dans la saison où l'agglomération parisienne, raréfiée pendant l'été par suite des absences et vacances de toute sorte, revient à son maximum de densité par le retour de tous les fugitifs, par la rentrée non-seulement des collégiens, mais des légions de travailleurs que les beaux jours avaient éloignés de la ville, et enfin par l'immigration des nouveaux venus, qui sont comme les recrues des habitants de Paris, parmi lesquels les Parisiens sont si rares? Ainsi Paris, par les fluctuations normales de sa vie annuelle, se refait à lui-même, à chaque automne, une réceptivité et une aptitude nouvelles pour la fièvre typhoïde; ce qui pourrait bien être la seule explication de la loi des recrudescences automnales, si l'on admet la toute-puissance de la constitution des milieux épidémiques, pour le cas particulier de la fièvre typhoïde. Pour d'autres maladies, la transmission des germes sera tout; pour celle-ci, dans la hiérarchie de ses causes, je placerais d'abord le fait avéré de son ubiquité, de son accaparement à notre époque, et en deuxième ligne la formation et l'entretien des milieux appropriés; les germes me semblent ici d'une importance secondaire. Si les Parisiens, qui se plaignent beaucoup de la fièvre typhoïde, voulaient être conséquents avec eux-mêmes, ils appliqueraient la seule mesure reconnue efficace contre la fièvre typhoïde, l'évacuation des

éteinte la plus haute illustration médicale de l'époque. » En parlant de sa famille, l'auteur a toujours le pavé de l'ours à la main ; il n'épargne même pas ce pauvre « Frédéric de la Tour », frère de notre ancien rédacteur en chef, et administrateur en sous-ordre, pendant la gestion duquel nos actions rapportaient non pas 15, mais 0 °/₀. « Négociant et soldat, il perdit son temps à l'armée et son argent dans le commerce » ; mais « il jouait du violon d'une façon ravissante », et « serait devenu, peut-être, le plus grand violoniste du monde. » Encore un *peut-être* qui vient tout gâter.

Voulez-vous savoir maintenant pourquoi le docteur Simplice n'avait pas de prétentions nobiliaires ? Lorsque Jean-Pierre de la Tour de Noé, père de notre auteur, vint au monde, le 31 décembre 1792, « la république, d'un coup de hache révolutionnaire, retrancha la particule de son nom, rapprocha pour cause d'unité l'article du substantif, et l'enregistra démocratiquement comme fils du citoyen Gabriel Latour et de la citoyenne Claire Campourey. » Que serait-il advenu, si Amédée Latour avait été comte de Noé ? L'aurions-nous connu rédacteur de l'UNION MÉDICALE, écrivain spirituel, causeur aimable, philosophe doucement conservateur et quelque peu sceptique ? Et faut-il tant nous plaindre que cette vilaine Révolution l'ait encanaillé ?

M. de la Tour place à la fin de son livre une dernière phrase pleine d'humilité profonde : « Je demande mille fois pardon à mes lecteurs d'avoir été forcé de parler de moi. » Nous qui ne l'avons forcé à rien, nous pardonnons très volontiers à sa verve toulousaine de nous avoir intéressé quelques heures, en nous parlant d'une famille où tant d'excellentes personnes peuvent être citées comme encouragement à bien faire, et de nous avoir inspiré pour lui-même la sympathie qu'éveillent toujours les sincères convictions et la noblesse du cœur. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

TUBERCULOSE MILIAIRE SUBAIGUE DU PHARYNX GUÉRIE PAR LES APPLICATIONS D'IODOFORME, AVEC RÉCIDIVE GUÉRIE DE LA MÊME FAÇON ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 28 juillet 1882,

Par le docteur GOUGUENHEIM, médecin des hôpitaux.

La malade, qui fit l'objet de cette observation, est une jeune femme de 25 ans qui,

---

milieux épidémiques ; ils évacueraient Paris, ce qui serait assurément une opération prophylactique d'un genre tout nouveau et bien curieuse à voir. La fièvre typhoïde est française et surtout parisienne, comme le choléra est indien, comme la fièvre jaune est mexicaine ; est-on très surpris là-bas lorsqu'on voit éclater le choléra dans le bassin du Gange, la fièvre jaune dans le golfe du Mexique ? Ne soyons donc guère plus surpris quand nous voyons éclater la fièvre typhoïde à Paris.

Cognoscere causas. Tout cela est bel et bien, mais le public veut qu'on lui dise le *pourquoi* des choses ; jamais il ne saura faire la différence philosophique du *pourquoi* et du *comment*, ni se contenter de ce dernier ; de là son enthousiasme et sa sympathie pour les microbes, qui sont la quintescence de la simplicité et du *pourquoi* sous un petit volume. — Je suis malade, vous devez en savoir et m'en dire la cause, et puis me guérir tout de suite ; si je vous fais venir, c'est pour que je sois tout à fait guéri quand vous sortirez de chez moi ; ou sinon ce n'est pas la peine. — Quand vous voulez aller de Paris à Marseille, vous prenez le chemin de fer et vous n'exigez pas qu'il vous rende instantanément à destination, bien heureux qu'il vous abrège et vous facilite le voyage, et surtout vous transporte sans accidents. Ne nous en demandez donc pas davantage ; nous ne sommes que les mécaniciens qui conduisons le train de votre maladie, auquel il faut encore un certain temps pour achever son parcours, avec pas mal de stations et de buffets où nous vous servons les tisanes et potions que vous savez.

Et bien, si vous, médecins, vous ne savez pas la cause exacte de la fièvre typhoïde, moi public, je vais vous la dire. La fièvre typhoïde vient des égouts, parce qu'ils sentent mauvais. Elle vient aussi des latrines, qui sentent également mauvais. Alors, le remède est tout trouvé, et des plus simples ; il faut faire des égouts et des latrines qui sentent bon. Pour ma part, je vous avoue que je n'en ai pas encore rencontré de cette espèce. Il faut aussi que

au début d'une grossesse, contracta une angine dont elle fut traitée sans succès pendant six mois. Quand elle se présenta chez moi, elle était dans un état d'émaciation fort inquiétant, la déglutition des aliments et de boissons était devenue absolument impossible, et la voix avait un timbre nasonné très prononcé. A l'ouverture de la bouche, il est facile de constater l'existence d'une vaste ulcération de l'isthme du gosier. Le voile du palais est rouge sombre et légèrement tuméfié, ses bords sont légèrement déchiquetés. La surface ulcérée s'étend sur la face postérieure, les piliers antérieurs et postérieurs sont ulcérés, la loge amygdalienne droite n'est plus qu'un cloaque, c'est là que l'ulcération aurait débuté. La luette, ulcérée à son point d'attache, est très hypertrophiée et pend dans la gorge, disposition qui rend la situation de la malade encore plus pénible. La surface ulcérée est parsemée d'une série de petits points jaunâtres; la luette a une coloration d'un blanc jaunâtre, elle est manifestement l'objet d'une infiltration de tissu pathologique.

En présence de la gêne que cause à la malade l'hypertrophie démesurée de la luette, et sur sa demande formelle, je n'hésite pas à la réséquer. *A la coupe* de cette luette, on constata l'existence d'un tissu très dur, grisâtre, parsemé de points jaunes, plus mous, manifestement caséeux. Au microscope, on constata l'existence d'une infiltration tuberculeuse sous-muqueuse, envahissant toute l'épaisseur de l'appendice.

Je pratiquai tous les jours un pansement avec l'iodoforme que j'employai sous forme d'éthérolé; ce pansement, fait avec ménagement au moyen d'un pinceau trempé dans l'éthérolé, et appliqué de suite sur les surfaces ulcérées, permettait de déposer à la surface des ulcères une couche d'iodoforme pulvérulent, l'éther s'évaporant presque immédiatement. Le pansement fut pratiqué aussi à la face postérieure du voile du palais.

Au bout de dix à quinze jours, la guérison fut presque complète; les ulcères se modifièrent d'abord avec rapidité, la tuméfaction du voile disparut très vite et enfin les surfaces reprirent un aspect presque normal. La malade qui ne pouvait presqne rien déglutir put se nourrir aisément en prenant, pour le choix et la température des aliments et des boissons, les précautions nécessaires.

Au bout d'un mois, par suite d'une imprudence de régime, des douleurs réapparurent et nous pûmes constater, au pilier antérieur gauche, une surface dure, jaunâtre, un peu bosselée. L'application de poudre d'iodoforme, par le même procédé, ne réussit pas tout d'abord et la malade se plaignit de nouveau de douleurs assez

---

tous les logements soient vastes, propres, non encombrés, bien aérés, ce qui ne va pas encore se réaliser tout de suite, si l'on en juge par les récits de M. Marjolin, à l'Académie de médecine, sur les logements de certains quartiers de Paris. Si la difficulté est parfois insurmontable dans les refuges ouvriers des grandes agglomérations, en province on doit avoir bien plus d'accès à une hygiène au moins élémentaire, avec les habitations moins étroites, l'air et l'espace moins rigoureusement distribués. Par le fait, voici comment les choses se passent. Devant la maison est un petit jardin, comme un couloir resserré et encaissé par des murs. Au fond du jardin, des latrines rustiques, presqu'à ciel ouvert, dont les émanations se mêlent au parfum des cognassiers. Quand l'un des jeunes gens à la fièvre typhoïde, on commence par exposer tous les matins son vase de nuit dans le jardin, devant la maison, afin que le médecin puisse en constater le contenu dès son arrivée; ce contenu va rejoindre ensuite le stock accumulé dans la petite construction du fond, et s'il y a des microbes là-dedans, vous pensez qu'ils ont beau jeu. Aussi les quatre enfants et un serviteur ont la fièvre typhoïde l'un après l'autre, et l'un d'eux en meurt; et tout cela est bien étonnant, dans un pays où l'air est si vif, tandis qu'à côté, à quelques lieues seulement, où l'air n'est pas vif, il est très naturel que l'on soit sujet à toutes les maladies.

Le Questionnaire qui a été mis en circulation pour la recherche des causes de la fièvre typhoïde, dans l'épidémie actuelle, fera reconnaître sans doute, ainsi qu'il résulte des travaux de nos maîtres en épidémiologie, la diversité de ces causes. Il est, entre autres, des cas où les causes banales, les influences extérieures communes paraissent capables de donner lieu à la fièvre typhoïde, comme cela semblerait prouvé par les observations que j'ai publiées dans ce journal, le 13 juillet dernier. De même, les mesures préservatrices seront d'autant plus logiquement combinées, qu'elles s'adresseront à l'ensemble des éléments de l'hygiène, plutôt

vives. Les parties malades ne tardèrent pas à s'ulcérer de nouveau et les pansements iodoformés, pratiqués tous les jours et qui, tant que l'ulcération ne s'était pas produite, semblaient être inefficaces, modifièrent rapidement les points ulcérés et la guérison des accidents fut aussi complète que la première fois.

L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société est un exemple remarquable de guérison d'une affection que l'on s'accorde habituellement à considérer comme réfractaire à tout traitement, ce que du moins faisaient supposer les cas cités par Isambert et d'autres auteurs.

Il ressort de la lecture de ce cas que l'application de la poudre d'iodoforme sur les parties malades ne donne de résultat que si le pansement est pratiqué à la période ulcéreuse; en effet, au moment de la récidive l'iodoforme sembla être inefficace et nous pûmes croire à un hasard heureux; c'est en persévérant jusqu'au moment de l'ulcération que nous eûmes la satisfaction de reconnaître la cause de cet apparent insuccès, et de poser les règles de cette médication locale.

Notre malade, heureusement, ne présentait aucune autre localisation tuberculeuse, les viscères et les organes respiratoires surtout étaient intacts.

La grossesse, condition défavorable dans le cas présent, n'influa point sur la marche de l'affection, qui évoluait lentement depuis plusieurs mois, quand j'observai cette malade pour la première fois.

Depuis j'ai pu suivre cette femme; l'accouchement eut lieu sans encombre, et si le pharynx de la malade a gardé une certaine susceptibilité, rien n'est apparu depuis.

Cette observation aura donc le mérite d'étendre le nombre des cas curables de tuberculose localisée, et de démontrer la curabilité d'une affectiondont la gravité passait jusqu'ici pour excessive.

---

qu'à tel facteur en particulier. Telle est d'ailleurs l'idée générale des instructions répandues sous l'autorité du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Ces instructions prescrivent notamment de faire disparaître les tentures et les rideaux des lits des malades, et partout il serait bien à désirer de les voir disparaître pour toujours. C'est une aberration du luxe et du confortable que d'enfermer son lit dans une cage d'étoffe, qui empêche l'air de circuler et de se renouveler, et crée ainsi un petit milieu de méphitisme autour du dormeur ou du malade. Sans compter le risque incessant de mettre le feu à ces ornements, ce qui devient alors un procédé un peu violent pour purifier l'air et détruire les germes. En hygiène comme ailleurs, tout est dans tout, à tel point que s'il s'agissait de combattre l'invasion du choléra, au lieu d'une épidémie de fièvre typhoïde, on se demande en quoi les instructions données au public pourraient différer de celles qu'il vient de recevoir; elles seraient forcément semblables sur tous les points. Contrairement au précepte évangélique, qu'il vaut mieux épargner dix coupables que de condamner un innocent, il vaut mieux pourchasser tous les microbes en masse que de se tromper d'adresse en tombant dans le détail. Les conquêtes à venir de l'hygiène pourront se réaliser selon deux types opposés : ou bien par la découverte de moyens de préservation bien limités et spécifiés, ceux dont la vaccine sera toujours l'exemple le plus parfait, et peut-être encore longtemps le seul, au moins dans la pathologie humaine; ou bien au contraire, et plus tôt et plus sûrement, par le relèvement de l'hygiène générale dans tous ses éléments, par une lente acquisition de progrès et d'améliorations d'ensemble devant lesquels se rétrécira de plus en plus le champ d'action de nos ennemis quels qu'ils soient. La chirurgie antiseptique, selon Lister, sans être à proprement parler une découverte, a eu précisément ce mérite de condenser, de coordonner, sous forme de pratiques rigoureuses, les éléments essentiels de toute hygiène, parmi lesquels la propreté n'est pas le moins efficace; on sait d'ailleurs que c'est une vertu.

LUBANSKI.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre), intitulée : *Le choléra est-il contagieux?*

2° Un travail de M. le docteur Rezard de Wouves, sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.

3° Une note de M. Husson, pharmacien à Tours, sur la présence du chromate de plomb dans les timbres-postes.

4° Un travail manuscrit de M. le docteur Rozat (de Bordeaux), intitulé : *Controverses touchant la nature du choléra.* (Présenté en séance par M. Jules Guérin.)

5° Un travail considérable, accompagné de cartes et de planches, de M. le docteur Lardier (de Rambervillers), sur l'endémie tellurique dans le canton de Rambervillers. (Présenté par M. Bergeron.)

—

M. Noël GUENEAU DE MUSSY présente : 1° au nom de M. le docteur Baréty (de Nice), une brochure sur l'*Action du climat de Nice sur la phthisie pulmonaire*; — 2° au nom de M. le docteur Desplats (de Lille), une série de travaux sur l'action antipyrétique de l'acide phénique.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Tholozan, une note sur l'éclosion de la peste dans le Kurdistan.

M. HARDY communique, au nom de M. le docteur Michel, de Chaumont (Haute-Marne), une note sur la genèse et la propagation de la fièvre typhoïde par l'usage des eaux contaminées par les matières organiques provenant des habitations. La fièvre typhoïde a disparu, à Chaumont, dit M. Michel, depuis que la population ne fait plus usage des eaux contenant les détritus des matières organiques.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente : 1° de la part de M. Tanret, pharmacien à Paris, une note sur les trochisques antiseptiques; — 2° au nom de M. le docteur Henri Huchard, un travail sur l'emploi de la caféine à haute dose (2 à 3 grammes) dans les maladies du cœur.

M. BROUARDEL présente, au nom de M. le docteur Maurice Laugier, l'article *Maladies simulées,* extrait du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

—

M. GIRAUD-TEULON lit un savant travail intitulé : *Physiologie de la vision; considérations générales sur la doctrine des trois fibres fondamentales d'Young comme base d'une théorie des sensations colorées.*

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. PROUST dit que quel que soit le nombre des opinions émises sur la nature de la fièvre typhoïde, il est certain que son étiologie est encore aujourd'hui enveloppée d'obscurité.

Néanmoins la prophylaxie n'est pas entièrement désarmée et les instructions formulées par le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine doivent être suivies autant que possible. Toutefois, pour M. Proust, la fièvre typhoïde n'est pas, comme la variole, la diphthérie, le choléra, une maladie contre laquelle l'isolement est rigoureusement nécessaire. Ce qu'il faut éviter, c'est l'encombrement, et l'on connaît les heureux résultats obtenus par les médecins militaires en disséminant les malades, en les faisant, pour ainsi dire, camper en plein air, lorsqu'une épidémie de fièvre typhoïde vient sévir sur une caserne.

Arrivant à la question du développement de l'épidémie actuelle, M. Proust, sans vouloir formuler des critiques contre l'administration qui depuis quelques années a redoublé de zèle en faveur des malades et de prévenance envers le Corps médical, dit que tout en constatant l'importance des efforts tentés pour améliorer la situation hospitalière, il est obligé de reconnaître que cette situation est loin d'être satisfaisante.

M. Proust déclare que ce qui manque le plus en France c'est le défaut d'organisation de l'hygiène. Il n'existe pas d'intermédiaire compétent entre les Sociétés médicales et les pouvoirs administratifs. Le Conseil de salubrité, comme les Conseils consultatifs, ne sont consultés que lorsque la maladie est arrivée à son apogée. Il en est de même des médecins des épidémies qui ne sont envoyés par les préfets que lorsque déjà l'épidémie est nettement accentuée. Or, l'hygiène, comme on l'a définie, est la médecine préventive ayant pour but de prévenir les

épidémies, et c'est avant et non après leur apparition qu'il faut prendre les mesures. En science épidémiologique, comme en droit pénal, il vaut mieux prévenir que réprimer.

M. Proust montre la supériorité de l'organisation de l'hygiène en Belgique, où, lorsqu'un cas d'affection contagieuse est signalé par un médecin, l'administration en est immédiatement informée et prend aussitôt les mesures nécessaires ou instruit le bureau d'hygiène.

Des voitures spéciales sont affectées au transport à l'hôpital des malades atteints de maladies contagieuses.

Il est nettement établi par la statistique que, depuis six ans, la moyenne des décès par fièvre typhoïde comparée à ceux des années précédentes, a diminué de près de moitié à Bruxelles, où l'organisation hygiénique est bien comprise, tandis qu'à Paris la mortalité typhoïde a augmenté dans des proportions considérables. Cependant le service pour la propagation des maladies infectieuses serait extrêmement simple :

1° Information officielle des cas de maladie constatés;

2° Vaccination s'il s'agit de variole;

3° Isolement, comprenant l'isolement à domicile, le transport par voiture spéciale; l'isolement à l'hôpital, soit dans un hôpital général, soit dans un hôpital spécial;

4° Enfin, désinfection du malade, de ses déjections, des locaux qui l'entourent, des objets qui l'ont touché, enfin des personnes qui l'approchent.

En résumé, dit M. Proust, ce qui est nécessaire pour avoir une organisation hygiénique convenable, c'est un pouvoir compétent, autonome, ayant la direction avec la responsabilité, soustrait aux fluctuations de la politique, en rapport direct avec les autorités municipales (conseils élus, maires) ou avec le ministre et le Parlement, comme pour le *Local Government board* en Angleterre.

Ce vœu, d'ailleurs, a été formulé par plusieurs Sociétés savantes et des Congrès internationaux.

Malheureusement en France le pouvoir n'a guère à s'occuper des affaires de la santé publique, que lorsqu'une épidémie est en pleine évolution. La Chambre des communes d'Angleterre et le Reichstag allemand consacrent plusieurs journées de leur session à discuter le budget et l'organisation des services sanitaires. N'y aurait-il pas là un exemple à suivre pour le Parlement français?

Mais, pour que cette organisation produise des résultats féconds, il faut des agents spéciaux et compétents à tous les degrés de la hiérarchie et surtout des médecins ayant reçu une éducation sanitaire spéciale.

Tant que cette organisation n'existera pas, nous verrons se reproduire des faits aussi déplorables que ceux que nous constatons aujourd'hui. Il n'y aura que des mesures incohérentes, sans liaison aucune, et l'hygiène, la médecine préventive, qui est une des branches les plus importantes des sciences médicales, continuera à être ignorée d'un grand nombre de médecins.

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) présente quelques observations sur le rôle attribué à la garnison de Paris dans le développement de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde et sur l'influence que la garnison en a elle-même ressentie.

M. Colin considère comme un devoir, pour tous les médecins militaires, d'exposer au grand jour, sans en atténuer aucune, les défectuosités de nos casernes et d'en demander le remède même au prix de lourds sacrifices. Il ne suffit pas d'assurer la salubrité de la caserne par le drainage du sol, l'assainissement des latrines, l'irrigation des égouts, la propreté des murs, des parquets et des hommes, la pureté des eaux de consommation, il faut concourir au même but par la modification de l'ancien système de casernement. Aux bâtiments des siècles passés, on substituera le système des pavillons isolés, peu élevés, permettant d'étaler des troupes au lieu de les superposer.

M. Colin fait ressortir surtout l'influence de l'encombrement, plus grand encore que celle des autres mauvaises conditions hygiéniques, sur le développement de la fièvre typhoïde dans les casernes.

Dans un travail antérieur, en 1878, M. Léon Colin arrivait à cette conclusion que, désormais, aucune caserne ne devrait être édifiée dans les quartiers à rues étroites et populeuses, aucune dans le centre de la cité qui ne serait pas munie des systèmes de canalisation et des approvisionnements nécessaires à l'enlèvement hygiénique des produits résiduels de cette caserne et des habitations environnantes. M. Colin est, néanmoins, peu disposé à se rallier à l'opinion d'après laquelle les casernes de Paris auraient été le point de départ de l'épidémie actuelle. En effet, dès le début de la période épidémique, la garnison a payé à la maladie le même tribut que dans les périodes correspondantes des années précédentes. Jusqu'au mois d'octobre, les décès militaires ont été, pour la fièvre typhoïde, inférieurs à leur proportion habituelle aux décès civils, qui, eux, s'étaient démesurément élevés.

Les documents topographiques semblent également plus favorables à l'opinion de la préexistence de l'épidémie dans la garnison.

En effet, les arrondissements les premiers et les plus gravement atteints ne renferment pas de casernes.

La caserne de l'Ecole Militaire, qui a fourni un contingent plus fort à l'épidémie, a été spécialement incriminée, au point de vue de son influence nocive sur l'état sanitaire de la population. Peut-être les remuements de terre du Champ-de-Mars ont-ils représenté, pour cette caserne, une cause de renforcement épidémique d'origine extrinsèque ; d'ailleurs, la longue immunité des arrondissements entourant l'Ecole Militaire semble témoigner de l'innocuité de cet établissement à l'égard de la population civile. M. Colin ne croit pas que la prédominance du vent de sud-ouest ait pu favoriser le transport des émanations de cette caserne vers la région nord-est de Paris.

Des causes typhoïgènes bien autrement voisines, bien autrement nombreuses et importantes se trouvent réunies dans le 18ᵉ arrondissement, les grandes carrières de Clignancourt. Au reste l'année dernière, à pareille époque, le 18ᵉ arrondissement était déjà le plus gravement atteint.

M. Colin rappelle, en terminant, que les arrivages de contingent nouveau sont plus dangereux qu'autrefois, non-seulement en raison de l'accroissement de la population, mais encore en raison de la modification générale déjà suivie par l'armée.

M. Léon Le Fort signale une disposition donnée, par la ville de Paris, aux conduites d'eaux pluviales et ménagères qui lui paraît des plus défectueuses et capable de répandre dans l'atmosphère parisienne les miasmes de la fermentation et de la putréfaction dégagés dans les égouts. Depuis quelques années, la ville de Paris force les propriétaires à construire, pour chaque maison, des branchements d'égout communiquant avec l'égout principal de la rue, et elle oblige également les propriétaires à faire aboutir directement à leurs branchements les conduites d'eaux pluviales et ménagères qui, dès lors, ne coulent plus au ruisseau.

Il en résulte que, dans chaque maison ainsi munie d'un branchement d'égout, la conduite d'eaux pluviales qui longe la façade forme une sorte de cheminée d'appel d'autant plus puissante qu'elle mesure la hauteur de cinq ou six étages. Or l'été, lorsque le soleil donne sur la façade et sur les tuyaux de conduite, l'air de ce tuyau, en s'échauffant, aspire puissamment l'air de l'égout et le jette dans l'atmosphère. Sans doute, l'extrémité inférieure de ce tuyau plonge au niveau de l'égout dans une cuvette qui doit retenir une certaine quantité d'eau et forme une soupape hermétique. Mais l'été, lorsque la pluie est rare, l'eau de la cuvette s'évapore et la conduite plonge directement dans l'égout dont elle aspire les miasmes.

C'est là, pour M. Léon Le Fort, une des causes principales des « odeurs de Paris », une des causes puissantes de l'épidémie typhoïde, car l'insuffisance de l'eau dans la plupart des égouts secondaires n'empêche pas la fermentation des matières qu'ils contiennent.

Cette cause d'insalubrité est facile à faire disparaître, il suffirait d'interrompre le tuyau au niveau du trottoir et le faire arriver dans un tuyau inférieur plus large, évasé en entonnoir. Il y aurait toujours communication de l'égout avec le niveau du sol ; mais l'aspiration par les tuyaux de conduite serait supprimée ou du moins fort atténuée.

Tout cela ne serait encore qu'un moyen palliatif, le principal moyen qui ne dépend que du Conseil municipal est l'irrigation abondante de tout notre système d'égout.

M. Lagneau, à l'occasion de la communication de M. Léon Colin, dit qu'il serait à souhaiter que l'Administration tînt grand compte des renseignements qui lui arrivent par la voie des chirurgiens militaires, et des demandes qu'ils lui adressent en vue de remplir les *desiderata* de l'organisation de l'hygiène dans l'armée.

Il n'est, pour ainsi dire, pas d'année, où les chirurgiens militaires ne signalent à l'Administration les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les casernes et autres établissements militaires ; or, jusqu'à présent, on n'a tenu aucun compte de leurs avis et de leurs demandes, en particulier de la demande qu'ils ont faite en vue d'obtenir la dissémination des malades et de les empêcher de devenir des foyers d'infection et de contagion.

Quant au mauvais état des casernes, en particulier de celle de l'Ecole militaire, il ne saurait être mis en doute. Dans la dernière séance du Conseil municipal, plusieurs membres ont donné des renseignements sur l'installation peu satisfaisante de cette caserne, en particulier sur la mauvaise organisation du service des vidanges qui s'y fait d'une manière très irrégulière, de telle sorte que les amas de matières fécales non enlevées y forment des foyers d'émanations nuisibles. Des renseignements analogues sont parvenus à M. Lagneau de diverses sources. Enfin il y existerait actuellement 105 malades sur une population de 4,000 habitants, ce qui constitue un chiffre de morbidité beaucoup trop élevé proportionnellement à la popu-

lation. On ne devrait pas laisser ainsi augmenter la proportion des malades, et il est déplorable que la mesure de la dissémination ne soit pas appliquée en dépit des réclamations.

M. Proust a parlé de la réorganisation de l'hygiène publique en France ; c'est là une question très complexe dont M. Lagneau, pour sa part, s'est beaucoup occupé. Dans un rapport sur les travaux des Conseils d'hygiène d'arrondissement, il a montré les difficultés, l'impossibilité même du fonctionnement de ces assemblées dont les délibérations et les prescriptions soumises, pour l'exécution des mesures hygiéniques, à l'autorité administrative, ne sont jamais appliquées à temps. C'est avec raison que M. Proust a demandé que l'hygiène publique fût réorganisée et eût désormais une direction autonome et véritablement compétente ; c'est-à-dire qu'elle fût mise entre les mains de médecins initiés aux questions sanitaires. Il y aurait ainsi unité de direction et économie de temps.

M. Guérin s'attendait à des communications qui fussent de nature à éclairer l'Académie et le public sur les observations faites par les médecins des hôpitaux pendant l'épidémie de fièvre typhoïde. Il aurait voulu que les chefs de service donnassent quelques renseignements sur le caractère de l'épidémie actuelle, et montrassent en quoi elle ressemble aux épidémies antérieures et en quoi elle en diffère ; si elle revêt les formes communes de la fièvre typhoïde ordinaire, ou, au contraire, si elle présente quelques formes spéciales.

Loin de là, les discussions semblent devoir s'égarer sur le terrain administratif, terrain peu sûr, et, s'il faut en croire un aveu échappé à l'un des orateurs, peu disposé à accueillir favorablement les revendications du Corps médical.

Il y aurait donc lieu, suivant M. J. Guérin, d'abandonner ce terrain stérile et de s'en tenir à l'examen des questions purement médicales.

Il désirerait que les chefs de service des hôpitaux voulussent bien faire connaître les observations qu'ils ont été à même de faire sur les formes de la maladie, sur sa marche, sur les causes de la gravité moindre que semble revêtir l'épidémie actuelle, sur la question de savoir si cette moindre gravité tient à une atténuation en quelque sorte initiale de la maladie, ou si elle dépend de la manière de la traiter.

Il serait intéressant de savoir, en particulier, si la marche de la maladie est fatale, ou si elle peut être enrayée à ses débuts par quelque médication nouvelle. A cet égard deux opinions, diamétralement opposées, ont été exposées : l'une établissant que la fièvre typhoïde a toujours, dès l'origine, une évolution en quelque sorte fatale, c'est-à-dire qu'elle doit nécessairement, quoi qu'on fasse, parcourir toutes les périodes ; l'autre admettant que la maladie est susceptible d'être arrêtée dans son cours et empêchée d'acquérir son complet développement. Il faudrait, dit M. Jules Guérin, que les communications futures portassent sur ces divers points qui ont un véritable intérêt pratique, au lieu de se perdre dans des généralités d'organisation et de réorganisation administrative qui sont peu de la compétence de l'Académie et où elle ne peut qu'aboutir à l'impuissance.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczéma. — Crocker.

Oxyde de zinc	3 grammes.
Acide oléique	25 —
Vaseline	30 —

Mêlez. — On étend cette pommade sur des compresses de toile, que l'on applique sur les régions atteintes d'eczéma aigu avec chaleur et douleur, et dans les cas où la peau est le siège d'une éruption de nature purulente. — N. G.

VARIÉTÉS

LA LOI SUR LA PROTECTION DES ENFANTS DANS LE PREMIER AGE ET LES SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Nous lisons dans la *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse* (1er oct. 1882) un extrait du rapport de M. Bégné, inspecteur pour le département de la Haute-Garonne, dans lequel nous constatons avec satisfaction une amélioration relative dans le traitement des médecins inspecteurs, chargés de l'application de la loi Roussel.

La rémunération à la visite, à la fois plus équitable et plus conforme à la dignité profes-

sionnelle est substituée au système de l'abonnement. C'est par l'intervention puissante de l'Association des médecins de France, que ces résultats ont été obtenus. Les Sociétés locales et notamment celle de la Haute-Garonne, dans la réunion de Luchon (septembre 1881) avaient exprimé ce vœu. Décidément, quoi que puissent dire les plus pessimistes, hélas encore très nombreux, l'Association obtient parfois, de l'administration, satisfaction aux demandes légitimes du Corps médical. Que n'obtiendrait-elle pas par l'union unanime de tous les médecins français ? — C. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris.—Semaine du 20 au 26 octobre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,077. — Fièvre typhoïde, 173. — Variole, 5. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 29. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchites aiguës, 20. — Pneumonie, 50. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 52 ; au sein et mixte, 39 ; inconnus, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86 ; circulatoire, 58 ; respiratoire, 62 ; digestif, 46 ; génito-urinaire, 26 ; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 43e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,112 naissances e 1,077 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 941, 1,018, 1,174, 1,111. Le chiffre de 1,077 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la Fièvre typhoïde (173 décès (dont 8 militaires) au lieu de 244 (dont 12 militaires) pendant la 42e semaine.

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 5 décès par Variole (au lieu de 8) ; 5 par Rougeole (au lieu de 8) ; 7 par Coqueluche (au lieu de 4) ; 29 par Diphthérie (au lieu de 27) ; 4 par Érysipèle (au lieu de 6), et 2 par Infection puerpérale.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (406 malades reçus du 16 au 22 octobre au lieu de 741 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Variole (8 au lieu de 16) et supérieur pour la Diphthérie (28 au lieu de 23).

Le nombre des décès par Fièvre typhoïde est descendu cette semaine à 173 et celui des admissions dans les hôpitaux à 406. Ce sont encore là des chiffres considérables, mais qui, comparés à ceux des semaines précédentes, accusent une réelle amélioration et font espérer que la maladie est entrée désormais, d'une manière définitive, dans la période décroissante.

En même temps que l'épidémie perd de sa violence, il semble qu'elle tende à se répandre dans les circonscriptions jusqu'ici épargnées. C'est ainsi que le XIVe arrondissement a compté cette semaine 12 décès et le XIIIe arrondissement 6. C'est toutefois le XVIIIe qui demeure le plus éprouvé. Les quartiers *Clignancourt*, *Goutte-d'Or* et *La Chapelle*, ont fourni à eux trois 28 décès. Dans le XIXe arrondissement, le quartier du *Combat* et celui de *La Villette* ont eu l'un 7 et l'autre 6 décès ; dans le Xe, ceux de *Saint-Vincent-de-Paul* et du *Faubourg-Saint-Martin* en ont fourni 6 et 7 ; enfin il s'est produit 7 décès dans le quartier *Saint-Gervais*. Tous ces quartiers ont été signalés, dès le début, comme étant les plus frappés ; les chiffres de décès qu'ils fournissent encore, bien qu'inférieurs à ceux des dernières semaines, montrent que l'épidémie n'abandonne pas son terrain de prédilection.

Les chiffres des autres affections épidémiques continuent à rester au-dessous de la moyenne des années précédentes. Nous noterons seulement que, sur 5 décès par Variole, 3 ont été fournis par le seul quartier des *Quinze-Vingts*.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Paris, le 29 octobre 1882.

Monsieur le rédacteur,

Si vous reproduisez, selon votre coutume, le dernier *Bulletin de la Statistique municipale*, vous pourrez, comme moi, remarquer qu'il contient, au relevé des décès par la fièvre typhoïde, une erreur provenant, je présume, d'une transposition de chiffres à l'impression.

Ce relevé attribue au XIV[e] arrondissement 12 morts par la fièvre typhoïde et 6 au XIII[e] arrondissement.

Or le tableau de la mortalité par quartiers, placé en regard du susdit relevé, présente 12 décès typhoïdiques dans le XIII[e] arrondissement et seulement 6 dans le XIV[e], qui a d'ailleurs été le plus épargné jusqu'à présent de tous les arrondissements de Paris.

Veuillez tenir compte, je vous prie, de cette rectification, et agréer les meilleurs compliments de votre vieil abonné. D[r] Ch. PELLARIN.

COURRIER

UNE COMMISSION TECHNIQUE. — Par arrêté en date du 25 de ce mois, le préfet de la Seine vient d'instituer une commission technique chargée : 1° de rechercher le procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène ; 2° d'indiquer les modifications à apporter au point de vue de la salubrité publique dans les procédés employés pour la construction et le curage des égouts, pour l'écoulement des eaux ménagères et pour l'enlèvement des détritus de toute nature déversés sur la voie publique.

Parmi les trente-six membres dont cette commission, présidée par le préfet de la Seine, se compose, nous citerons les noms de M. Bouley, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, vice-président, et de MM. les docteurs Brouardel, Bourneville, Fauvel, Gueneau de Mussy (Henry), Loiseau (Charles), Lamouroux, Vallin, Proust, Robinet, Royer et Napias.

LE SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Le service médical de nuit dans la ville de Paris, d'après la statistique du docteur Passant, son fondateur, a fait, du 1[er] juillet au 30 septembre, 1,565 visites, ce qui fait une moyenne de 16 par nuit. Sur ce chiffre, les hommes entrent dans la proportion de 36 pour 100, les femmes de 51, et les enfants au-dessous de 3 ans de 13. Les arrondissements qui ont réclamé le plus de visites sont le XX[e] (167) et le XI[e] (161) ; ceux qui en ont réclamé le moins sont le XVI[e] (17), et le VIII[e] (16). Le nombre des visites réclamées pour la fièvre typhoïde est de 113. Le nombre des cas de mort à l'arrivée du médecin est de 28.

Ce service médical de nuit, qui répond à un véritable besoin, est une des plus heureuses créations du docteur Passant et mérite que son nom y reste attaché.

— M. le docteur Gressent, médecin-adjoint des prisons de Rouen, a été victime d'une agression de la part de l'un des détenus de la prison Bonne-Nouvelle de cette ville. Notre honoré confrère a été frappé d'un violent coup de crochet par un prisonnier qu'il avait refusé d'exempter du travail. La blessure ne paraît heureusement pas avoir une très-grande gravité.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Voici les jours et les heures de la *consultation externe* de cet établissement.

Médecine. — MM. le docteur Charcot, le mardi à 9 heures 1/2.
— — Luys, le mercredi à 9 heures 1/2.
— — Moreau, le lundi à 9 heures 1/2.
— — Voisin (Auguste), le vendredi à 9 heures 1/2.
— — Legrand du Saulle, le samedi à 9 heures 1/2.

Chirurgie. — M. le docteur Terrillon, le jeudi à 9 heures 1/2.

NOTA. — La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 11 novembre, à 9 heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

— M. le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie mardi 7 novembre, à 2 heures (boulevard Saint-Germain, 172). Il les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Chéron recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 13 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et C[e], 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

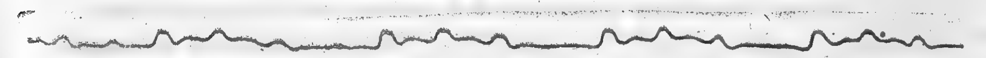
Péricardite aiguë a frigore.

Développement rapide d'un vaste épanchement dans le péricarde; ponction de la séreuse donnant issue à près d'un litre de liquide. Un mois après la ponction, pleurésie double légère. — Guérison avec persistance d'adhérences péricardiques.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 février 1882 (1),

Par H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Il y a bientôt une dizaine d'années, Kussmaul a fait remarquer les singulières allures que prennent les pulsations de l'artère radiale dans le cours de certaines péricardites chroniques avec adhérences calleuses (1). A certains intervalles réguliers, coïncidant exactement avec chaque inspiration, les battements du pouls deviennent très faibles et même disparaissent pour reparaître pendant l'expiration, tandis que l'auscultation du cœur montre le rhythme cardiaque parfaitement normal. Bien que depuis lors Riegel (2) ait fait voir qu'il s'agit là d'un phénomène commun à plusieurs états pathologiques et susceptible de se produire toutes les fois qu'il y a diminution notable de la pression dans le système aortique (par exemple quand il existe un obstacle considérable au libre accès de l'air dans les poumons), c'est néanmoins dans la péricardite que le pouls parodoxal a été le plus souvent constaté. Bäumler (3) et Traube (4) ont été les premiers à le mentionner dans les grands épanchements du péricarde : l'observation première du mémoire d'Hindenlang (5) en est encore un exemple. Or, notre malade a présenté, de la façon la plus nette, ces singulières irrégularités rhythmiques, correspondant à la gêne de l'inspiration pulmonaire. Voici le tracé de sa pulsation radiale, recueilli le 28 octobre, trois jours avant la ponction du péricarde.



On voit que toutes les trois pulsations sont interrompues, à intervalle régulier, par une sorte de pause caractérisée par la ligne horizontale ou à peine ondulée du tracé. Les pulsations elles-mêmes sont petites, à faible amplitnde et comme écrasées, indice de la faible contraction ventriculaire due à l'épanchement. Si maintenant on compare le tracé n° 2, recueilli le 27 janvier, deux mois après la ponction, alors qu'il n'existe plus de liquide dans le péricarde, mais des adhérences bridant mécaniquement le ventricule et les oreillettes, on voit que le pouls a conservé sa petitesse, sa fréquence et sa tendance au dicrotisme, mais il est redevenu régulier, et les oscillations respiratoires ne se font plus aucunement sentir :

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 et 31 octobre.

(1) Kussmaul. Ueber Schwielige mediastino pericarditis und den paradoxen Puls. (*Berlin. Klin. Woch.*, septembre 1873.)

(2) Riegel. Ueber die respiratorischen Ænderungen des Pulsus und den Pulsus paradoxus. (*Berlin Klin. Woch.*, p. 369, 1876.)

(3) Bäumler. (*Deutsch. Arch. f. kl. med.*, t. XIV, p. 455.)

(4) Traube. (*Gesamm. Beiträge zu Path. und. Therap.*, III.)

(5) Hindenlang. Ein Fall von Paracentesis Pericardii. (*Deutsch. Arch. für Klin. med.*, t. XXIV, p. 452, 1879.)

Le pouls paradoxal est donc un signe qui offre une certaine importance et qui ne se rencontre guère dans les asystolies d'origine cardiaque ; car là, les irrégularités de rhythme et de contraction du cœur, se retrouvent dans les pulsations radiales, sans qu'on remarque un désaccord aussi accentué entre les battements du cœur et ceux du pouls, sous l'influence des mouvements respiratoires.

En résumé, pour apprécier l'abondance d'un épanchement péricardique, il y a lieu de tenir compte de plusieurs éléments.

1° L'accroissement en tous sens de la matité précordiale est un signe de grande valeur, mais spécialemeut l'abaissement de la matité du côté du diaphragme, qui indique les progrès de l'épanchement vers les parties déclives.

2° Les signes de compression pulmonaire, tels que bruit skodique postérieur, respiration et vibrations exagérées qui témoignent de la distension du péricarde en arrière, vers le médiastin postérieur.

3° L'œdème de la paroi précordiale, accompagné souvent de la dilatation des veines superficielles du thorax, qui annonce la gêne de la circulation pariétale.

4° Enfin, le pouls paradoxal, signe moins constant, n'ayant point par lui-même de valeur absolue, mais qui néanmoins s'observe de préférence quand l'expansion des cavités du cœur est entravée par un grand épanchement péricardique.

Avant de terminer ce qui a trait à la symptomatologie de ces épanchements, je dois faire remarquer que les indications fournies par le thermomètre, n'offrent ici que très peu d'importance, à l'inverse de ce qui se passe pour la plupart des maladies aiguës : c'est du reste une remarque que l'on a eu déjà l'occasion de faire à propos de certaines pleurésies. Dans le tracé thermique annexé à cette note, on peut voir que la température, supérieure à 40° dans les premiers jours de la maladie, alors que la péricardite était sèche, s'abaisse et se maintient entre 38° et 39°, à la période active de la formation de l'exsudat. Au moment où l'état général est le plus grave, et la suffocation imminente, elle n'est que de 38° et quelques dixièmes : la veille du jour de la ponction, elle descend à 37°8, et n'est pas immédiatement influencée par l'opération. Mais dès le surlendemain, nous la voyons remonter à 39°, sous l'influence des complications pulmonaires qui se produisent ; et pendant près d'un mois, malgré l'amélioration incontestable de l'état général et local du malade, elle oscille entre 37°5 et 39°, sans variations notables. C'est donc un signe de valeur secondaire, qui est loin de fournir des renseignements précis.

J'ai cherché, dans les pages qui précèdent, à fixer les symptômes des grands épanchements, qui doivent faire songer à la nécessité d'une intervention opératoire. Lorsque ces signes se trouvent réunis, que la dyspnée, la cyanose, l'angoisse du malade font craindre une suffocation prochaine, la paracentèse du péricarde est formellement indiquée. Mais alors se pose une nouvelle question. Quel est le mode opératoire le plus avantageux, et quel lieu d'élection faut-il choisir de préférence pour pénétrer dans le péricarde?

Relativement au manuel opératoire, tout le monde est aujourd'hui à peu près d'accord pour préférer la ponction aspiratrice. L'incision du péricarde est une opération hardie, qui expose à léser le cœur (Vigla) et qui ne se justifie que dans les cas où une première ponction a démontré l'existence d'un épanchement purulent. Dans ces conditions, loin d'être une pratique blâmable, c'est un moyen héroïque, et le fait récent de Rosenstein (1), où un enfant de 10 ans guérit après un double empyème, pleural et péricardique, montre qu'avec les ressources du pansement antiseptique, on peut obtenir la guérison dans des cas en apparence désespérés.

Quelques auteurs sont d'avis qu'il est plus prudent, pour atteindre le péricarde, d'inciser couche par couche à travers un espace intercostal, et une fois la séreuse mise à nu, de la ponctionner avec un trocart. C'est le procédé qui a été employé en

(1) Rosenstein. (*Berlin Klin. Woch.*, p. 61, janvier 1881.)

France par Baizeau (*Gaz heb.* 1868) et à l'étranger par Maclaren (1) et Ferrari (2). Les résultats n'en sont point encourageants, car les trois malades ont succombé : mais, eussent-ils guéri, nous ne serions pas davantage partisans d'une méthode opératoire, délicate, douloureuse, et qui expose le malade aux chances d'une suppuration du péricarde, propagée par la plaie de l'incision. Nous croyons que toute incision primitive du péricarde doit être absolument rejetée : la ponction aspiratrice, plus sûre et plus inoffensive, convient à tous les cas.

Où faut-il faire la ponction? Ici, les divergences sont bien plus considérables.

Lorsqu'on fait le relevé des opérations de paracentèse du péricarde, qui atteignent à présent le chiffre de 70 environ, on est frappé de voir que le lieu d'élection de la ponction a varié suivant les opérateurs, depuis le troisième espace intercostal jusqu'au huitième. Ces différences considérables sembleraient, au premier abord, démontrer qu'il est indifférent de ponctionner en un point déterminé, puisque, après tout, la ponction a pu réussir dans chacun des espaces intercostaux mentionnés. En réalité, cela prouve simplement que quand le péricarde est très distendu par un épanchement, l'opération peut réussir, même en employant une méthode défectueuse et dangereuse, mais ce n'est pas un argument sérieux pour ne pas chercher un point de repère précis.

Malgré le succès opératoire de Steavenson (3) qui, ponctionnant le troisième espace intercostal chez un enfant de 5 ans, lui tira plus de cinq onces de liquide, nous n'oserions conseiller à personne la paracentèse du péricarde en un point aussi élevé. Les auteurs qui ont ehoisi cette région ont tous éprouvé des déceptions. Sans parler du fait de Schuh (4), qui était une erreur de diagnostic (tumeur du médiastin prise pour un épanchement). Löbel (5), dans un cas de ce genre, échoua complètement. Mader (6) n'amena que quelques gouttes de sérosité sanguinolente, et Barlow (7) voyant l'insuffisance du résultat, choisit pour ponctionner une seconde fois le quatrième espace. Nous nous sommes déjà expliqués sur ce fait, que dans les grands épanchements péricardiques le liquide se porte de préférence vers les parties déclives, et que la limite supérieure de la matité reste à peu près invariable. Choisir le troisième espace intercostal gauche, c'est donc s'exposer à ponctionner en un point où le liquide est le moins abondant, c'est surtout s'exposer au danger très considérable de léser l'oreillette droite ou les gros vaisseaux qui partent du cœur. Il ne faut pas croire, en effet, que la présence de l'épanchement change en aucune façon les rapports de la base du cœur ; attaché indirectement au ligament cervico-péricardique et suspendu par les gros vaisseaux qui émergent du sommet du thorax. il reste fixé à peu près d'une façon immuable, et s'il est refoulé par le liquide, c'est plutôt en haut et en dehors qu'a lieu ce déplacement; par suite, le troisième espace est un mauvais point de repère où l'on a grande chance de léser le cœur.

La plupart des auteurs, sur les conseils de Trousseau, et d'après les rapports anatomiques du cœur à l'état normal, choisissent de préférence, pour faire la ponction, le quatrième ou le cinquième espace intercostal gauche, à 3 ou 4 centimètres environ du sternum. C'est à cette conclusion qu'est également arrivé notre collègue M. Dieulafoy, dans ses expériences sur le cadavre, en injectant du liquide dans le péricarde. Les avantages de l'espace intercostal, d'après M. Roger qui accepte ce lieu d'élection, seraient les suivants : En piquant la paroi trop près du sternum, on risque de blesser l'artère mammaire interne; en piquant trop loin, de toucher le cœur; à 4 centimètres du sternum, au contraire, on tombe sur une sorte de région neutre où la plèvre est assez éloignée du péricarde pour n'être pas blessée, et où la distension de la séreuse aidant, on a grande chance d'atteindre la collec-

(1) Maclaren. (*Edinb. med. journal*, t. XVII, p. 1091, juin 1872.)
(2) Ferrari Bravo. (*Giornale Veneto di scienz. med.*, mars 1875.)
(3) Steavenson. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, t. LXVII, p. 217, 1881.)
(4) Schuh. (*Œsterr. med. Jahrb.*, 1840.)
(5) Löbel. (*Schmidt's Jahrb.*, Band 143, p. 137, 1867.)
(6) Mader. (*Wien. med. Woch.*, XVIII, 1870.)
(7) Barlow. (*The practitionner*, p. 265, oct. 1873.)

tion liquide. Si l'on pique au-dessous de cette région dans le sixième ou le septième espace intercostal, on court le danger de traverser le diaphragme et de léser le foie, souvent congestionné dans l'endopéricardite.

Voilà l'objection, et il faut convenir que ces raisons théoriques sont fort spécieuses, surtout appuyées par les résultats cliniques de ponctions nombreuses faites avec succès par ce procédé (1). Toutefois, même en opérant suivant les règles, et en choisissant le lieu d'élection classique, on n'est nullement à l'abri de tout danger. Le ventricule droit, en effet, est en rapport avec la paroi thoracique à ce niveau, et pour peu que le liquide péricardique ne soit pas largement interposé entre le cœur et l'espace intercostal, on est exposé à blesser le muscle cardiaque. Pareil accident est arrivé à plusieurs reprises dans l'observation bien connue de Bouchut (*Gaz. des hôp.*, 1875). Evans, Barlow, Bäumler (obs. du mémoire d'Hindenlang), sont très certainement entrés dans le cœur, et n'ont retiré que du sang; le cas de Nixon est très probablement un fait de ce genre; enfin M. Roger, dans son mémoire déjà cité, confesse avec la franchise du vrai savant que pareil malheur lui est arrivé. Bien que dans la plupart des cas l'accident n'ait eu aucune suite, et que, dans le dernier notamment, j'aie pu constater *de visu* que la saignée du ventricule avait grandement soulagé le malade, une blessure du cœur est une trop grosse responsabilité à assumer pour que l'on ne s'efforce pas de l'éviter à tout prix.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) *Ponctions pratiquées dans le quatrième espace* : Saundby (*Edinb. med. journ.*, 1875, p. 799). — Porcher (*New-York med. journ.*, 1880). — Bartleet (*Lancet*, 1874, t. II). — Shingleton Smith (*Lancet*, t. II, p. 271). — Evans (*Trans. of the clin. Soc.*, 1875). — Wheelhouse (*Med. Times and Gaz.*, 1866). — Kümmel (*Berl. kl. Woch.*, p. 321, 1880). — Rosenstein (*Berl. kl. Woch.*, p. 61, 1881).

Ponctions pratiquées dans le cinquième espace : Dieulafoy, Henri Roger (*Soc. méd. des hôp.*, t. VII, 1868). — Aran (*Acad. de méd.*, 1856). — Champouillon (*Gaz. des hôp.*, 1865). — Ferrari (*Loc. cit.*, 1875). — Mac Leod (*Glasgow med, journ.*, 1877). — Albutt (*Lancet*, 1869, p. 807). — Nixon (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 525, juin 1876). — Elliot (*Lancet*, 1876). — Hunt (*Lancet*, 1877). — Vernay (*Gaz. hebd.*, 1856). — W. Pepper (*The med. news Philadelphia*, 1878), etc.

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

DE LA FÉCONDATION (1).

De l'imprégnation. — On donne ce nom à la pénétration des spermatozoïdes dans l'ovule. De tous les phénomènes de la reproduction, celui-là est le plus important, car il assure la perpétuité des espèces, l'éternel mouvement de la vie, son incessant *renouveau*.

Les ovules primordiaux, germes que nous appellerons ataviques puisqu'ils représentent l'influence des aïeux, reçoivent du mâle ou de la femelle qui les renferment, par la préfécondation, une première impulsion qui, chez le mâle, aboutit à la formation du spermatozoïde, et, chez certaines femelles, suffit à déterminer soit seulement les premières phases du développement de l'œuf, soit même le développement complet d'un animal, comme cela s'observe chez beaucoup d'invertébrés. Mais ce phénomène des pontes parthénogénésiques ne se perpétue dans l'espèce qu'à condition d'être entretenu par des pontes normales. L'une des générations produite par parthénogénèse est sexuée. Elle s'accouple, pond des œufs qui donnent naissance à des jeunes. Ceux-ci se reproduisent sans le concours du mâle pendant un certain temps, puis survient une nouvelle génération sexuée, et ainsi de suite. De même pour les animaux qui se reproduisent par gemmiparité et scissiparité. Pour assurer ces modes de génération, il faut un accouplement de temps à autre. On peut donc dire que l'imprégnation assure la perpétuité des espèces. Il est vrai que certains êtres paraissent n'avoir point de mâles, mais on n'est pas autorisé à en conclure que ceux-ci n'existent pas. La liqueur séminale ou sperme existe dans toute la série qui va des zoophytes à l'homme et les particules solides qu'elle renferme, découvertes chez l'homme, par Louis Hamm, en 1677, et chez plusieurs espèces, par Leeuwenhœk, l'année suivante, sont l'un des deux éléments essentiels à la fécondation.

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 octobre.

Des spermatozoïdes. — Leur nature. — Si les œufs des mammifères diffèrent peu d'une espèce à l'autre (l'œuf de l'éléphant est à peine plus gros que celui de la souris), les spermatozoïdes présentent de nombreuses variétés de forme et de dimensions. Depuis Kœlliker, presque tous les Traités enseignent que l'élément figuré du sperme n'a que la valeur d'une cellule analogue aux globules du sang. Les observations de M. Balbiani dnonent gain de cause à l'idée de Leeuwenhœk, qui considérait le spermatozoïde comme un animalcule. Ce n'est pas qu'il possède un tube digestif, comme Pouchet l'a écrit, ni une bouche, ni un anus, ni un ovaire, ni aucun des organes que l'imagination d'autres observateurs ont découverts. M. Balbiani se fonde sur le mode de production de ces éléments, qui naissent, comme nous l'avons dit, de la copulation de deux cellules par une sorte de génération sexuelle et sur leur persistance à lutter contre les obstacles, fait constaté par d'autres expérimentateurs, en particulier par le professeur Pajot qui n'avait jamais admis l'opinion de Kœlliker.

Le professeur Pajot disait que les spermatozoïdes obéissent à une sorte de volonté. M. Balbiani emploi le même terme, et, pour le justifier, cite un fait très curieux, constaté par lui, sur un invertébré, le papillon du ver à soie :

Le mâle dépose sa liqueur dans une poche spéciale de la femelle, poche copulatrice. Le lendemain, tous les spermatozoïdes ont émigré dans une autre poche qui débouche dans l'oviducte, et là ils guettent les œufs au passage pour les féconder. Or, les parois de la poche copulatrice ne sont pas contractiles, de sorte que les spermatozoïdes ne peuvent passer dans l'autre poche que par un mouvement spontané. De plus, on trouve toujours dans la poche copulatrice des éléments séminaux mal conformés qui n'ont pas eu la force de franchir l'obstacle et sont morts. « Cette poche, dit M. Balbiani, est un organe d'épuration et de sélection; elle retient les éléments inutiles. Cette sélection s'opère aussi chez tous les autres animaux; il y a une sorte de lutte entre les spermatozoïdes. Ce sont les plus agiles qui arrivent les premiers. La sélection ne s'arrête pas aux individus; elle semble se faire parmi les éléments sexuels. »

Empruntons au professeur du Collège de France un nouvel argument, des plus curieux, en faveur de l'animalité des corpuscules séminaux. Les spermatozoïdes, dans certaines espèces, après qu'ils sont passés du mâle dans la femelle, subissent des métamorphoses analogues à celles des helminthes. Déposés dans des organes où le sang et par conséquent l'oxygène nécessaire à la vie affluent, ils s'y développent comme de véritables parasites.

Leur vitalité. — Milieux qui la favorisent. — La vitalité des spermatozoïdes, c'est-à-dire la durée de leur aptitude à la fécondation peut persister alors même qu'ils sont privés de mouvement. Pour s'assurer qu'elle a disparu, il faut ranimer les animalcules en les plaçant dans un milieu favorable.

Le meilleur liquide, pour réveiller les mouvements des spermatozoïdes, est une solution légèrement sucrée additionnée d'un millième de potasse (Balbiani).

Il suffit d'un deux-millionième de sublimé corrosif pour tuer immédiatement les éléments spermatiques (de Quatrefages).

Les acides ont aussi une action délétère marquée. Il en est de même des alcalis trop concentrés. Quand le mucus vaginal ou utérin est acide ou trop alcalin, cette acidité ou cette alcalinité sont une cause de stérilité (Balbiani).

Quoique Godard ait pu faire geler du sperme humain frais, et voir, en faisant fondre le petit glaçon, les spermatozoïdes reprendre leurs mouvements, l'air froid et surtout l'eau froide font disparaître rapidement la motilité, puis la vitalité. L'eau tiède favorise les mouvements en délayant la semence, mais seulement quand son contact n'est pas trop prolongé. L'eau pure, et surtout l'eau distillée, sont en effet des poisons violents pour les spermatozoïdes (Balbiani).

Ces faits expliquent comment certaines femmes habituées à prendre des injections d'eau froide après le coït pour éviter la conception, sont devenues enceintes le jour où elles se sont servies d'eau tiède.

La température normale du vagin est celle qui convient le mieux aux animalcules spermatiques. Suivant Leuckart, leurs mouvements cesseraient vers 53 degrés centigrades; encore une expérience qui prouve qu'il n'y a point d'analogie entre eux et les cils vibratils, qui résistent à une température de 70° et plus.

Si la température du vagin convient aux animalcules, on ne peut en dire autant des sécrétions. Le mucus vaginal est toujours acide et abrège la durée des mouvements. Le plus souvent, trois ou quatre heures après le coït, on ne trouve plus de spermatozoïdes vivants dans le vagin. Douze heures paraissent être le terme extrême de leur survie. Haussmann, de Berlin, a confirmé ces observations faites par Sims. Il a constaté, de plus, que l'état pathologique n'augmentait pas sensiblement l'acidité, que celle-ci persistait après le coït, l'alcalinité du sperme étant insuffisante pour neutraliser le mucus, contrairement à l'opinion de Kœlliker,

mais que le sang des règles produisait cette neutralisation. Dans ce cas, les animalcules restaient vivants jusqu'à trente-huit heures.

Le mucus utérin, à l'inverse du mucus vaginal, est toujours alcalin. On a trouvé des spermatozoïdes vivants, dans le col, huit jours après le coït (Percy, Haussmann), mais cela es exceptionnel; une vitalité aussi prolongée dépend de toutes sortes de causes plus ou moins obscures et d'une analyse bien difficile, sinon impossible. Le fait est que l'alcalinité du milieu, quand elle est faible, convient aux spermatozoïdes. Voilà ce qui intéresse le praticien.

Duplay et le docteur Dieu, aide-major aux Invalides, ont recherché l'existence des animalcules spermatiques chez les vieillards. D'après le premier, sur sept sujets dont le sperme contenait autant d'éléments vivants et agiles que celui des adultes, le plus âgé avait 82 ans et le moins âgé 73 ans.

(*A suivre.*) Dr H. STAPFER.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES NÉVROSES, par A. AXENFELD. Deuxième édition, augmentée de 700 pages, par le docteur Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon. Paris, 1882. Germer-Baillière.

On n'a pas oublié les sentiments de profonde tristesse que fit naître, dans le Corps médical, la nouvelle de la mort stoïque d'Axenfeld. Le dévouement du regretté professeur envers ses élèves a inspiré le culte de sa mémoire et suscité de durables fidélités. M. le docteur Henri Huchard a reçu le périlleux honneur de recueillir l'héritage scientifique de ce maître vénéré et de le faire fructifier.

Ceux qui ont appris la neuropathologie dans l'œuvre d'Axenfeld — et ils sont nombreux — se souvienent de ce livre de 500 pages dont l'apparition fut, en 1863, un véritable évènement médical. Par les soins et les labeurs de son continuateur ce livre est devenu un gros volume de près de 1,200 pages. Aussi, malgré la rubrique de deuxième édition, l'ouvrage actuel possède un caractère si tranché d'originalité, une telle abondance de chapitres nouveaux et représente une telle somme de travail qu'on ne manquera pas dorénavant d'associer le nom de M. Henri Huchard à celui du professeur Axenfeld. Ce sera justice.

Le plan général a été conservé. Cette pieuse attention envers l'œuvre du maître a cependant de grands inconvénients. Depuis quelques années le cadre des névroses s'est modifié et la neuropathologie a pris les allures d'une science presque nouvelle. La division des névroses en trois grandes classes, névroses de la sensibilité, de la motilité et névroses complexes, prête donc a une juste critique.

Les chapitres relatifs aux *névralgies* en général et en particulier, ont été augmentés. Je signalerai surtout celui qui traite de la *migraine.* La pathogénie de cette affection est discutée en prenant pour point d'appui les preuves physiologiques et les arguments cliniques. Avec Bacon, l'auteur est de ceux « *qui n'avancent rien qu'ils ne prouvent* » soit au moyen de l'expérience personnelle, soit par des citations tirées des mémoires originaux. Il en est de même du *vertige* et de l'*irritation spinale*, maladies trop souvent omises par les pathologistes français.

A propos de l'*angine de poitrine*, nous retrouvons les faits pathogéniques remarquables, exposés précédemment dans l'UNION MÉDICALE sur les synergies morbides du pneumogastrique.

Dans la description des *anesthésies* en général, on aura peine à reconnaître l'ancien chapitre de l'édition originale. A l'aide des travaux de MM. Rendu, Duret et Charcot, elles sont étudiées à nouveau dans les affections du cerveau, les intoxications et les névroses. L'auteur est de ceux qui regardent les *anesthésies transitoires*, dans les brûlures par exemple, comme le résultat de l'ischémie temporaire d'un point de l'encéphale et celles qui accompagnent les tumeurs cérébrales comme la conséquence de poussées hyperémiques. Cette théorie est-elle justifiée dans toutes les circonstances? L'existence aujourd'hui démontrée des phénomènes d'arrêt, et les expériences physiologiques sont-elles toujours en accord avec les hypothèses pathogéniques? Il y a là peut-être matière à des discussions, et en tout cas à de nouvelles recherches ou à d'autres conclusions.

Il en est de même du siège des anesthésies cérébrales dans un centre voisin du pied de la couronne rayonnante. Si de très éminents pathologistes admettent le fait comme vrai, il n'en est pas moins certain que de savants physiologistes le contestent. Bien qu'il soit rationnel de se ranger à l'opinion des premiers, en matière d'anatomo-pathologie, on peut se demander si les conclusions de l'auteur ne sont pas trop affirmatives sur ce point. On peut faire la même objection à la théorie de la pathogénie des *anesthésies névrosiques*.

A propos des *anesthésies spinales*, l'auteur donne toutes les indications pratiques pour la recherche et l'étude clinique des troubles de la sensibilité, du retard des sensations dans le tabes dorsalis, l'*hémiplégie spinale avec anesthésie croisée*, le *mal perforant*, l'*anesthésie*, les *affections cutanées*, etc., etc.

Dans la deuxième partie, après un exposé de la séméiologie et de la pathologie générales des convulsions, des spasmes et des crampes, on lira avec profit les chapitres relatifs au *tic convulsif*, aux *spasmes fonctionnels*, au *spasme glottique*, à la *dysphagie spasmodique.* aux *palpitations nerveuses du cœur*, et aux *palpitations artérielles.*

Les névroses paralytiques forment un des groupes les plus importants de la nosologie nerveuse. Aussi, les paralysies d'origine viscérale sont l'objet d'une discussion dans laquelle l'auteur paraît être satisfait de la théorie de la névrite ascendante. Il nous semble cependant difficile d'être aussi optimiste et d'admettre avec M. Palamon « l'existence dans la substance grise centrale de *lésions encore inconnues.* »

Jusqu'ici les hypothèses anatomo-pathologiques avaient la prétention et souvent le mérite de s'appuyer seulement sur des lésions anatomiques connues. Ici, il n'en est pas de même. Quelles seraient ces lésions produites par des irritations périphériques et donnant lieu à des symptômes si variables : phénomènes hystériformes, tremblements, maladie de Parkinson, etc., etc.? Sur ce terrain mouvant, la réserve est, il me semble, le commencement de la sagesse.

La *maladie de Parkinsoa* a été magistralement décrite. L'auteur aurait pu la classer parmi es névroses complexes. Il est vrai que les inconnues de sa pathogénie ne lui assignent pas encore une place définitive dans la hiérarchie des névroses.

Les névroses complexes, la chorée, l'épilepsie, la neurasthénie, la catalepsie et surtout l'hystérie constituent la dernière et la plus importante partie de cet ouvrage.

La *chorée* et l'*épilepsie* sont étudiées à la fois au point de vue de la pathogénie, de façon à satisfaire les appétits scientifiques du lecteur, et au point de vue de la clinique et de la thérapeutique, de manière à faciliter le diagnostic et la connaissance des indications. Les recherches physiologiques, résumées et exposées complètement, forment des paragraphes qui certainement seront consultés par les étudiants et par les médecins qui se font un devoir de se tenir au courant des travaux contemporains de MM. Brown-Séquard, Westphal, Ferrier, Mitchell et des savantes recherches de M. le professeur Charcot.

Si l'épilepsie a possédé et possède encore d'illustres historiens, la *neurasthénie* attendait une monographie. On a bien écrit des pages sur le nervosisme ; mais la neurasthénie, telle qu'elle est connue en Amérique ou en Angleterre, n'était guère décrite dans les ouvrages français. Ce chapitre possède donc l'attrait de la nouveauté. De plus, certains troubles respiratoires et digestifs ont été signalés par l'auteur et présentent une importante valeur clinique. C'est aussi avec raison que M. Henri Huchard combat la réédition récente de la doctrine de Beau, sous le nom nouveau de maladie *cérébro-gastrique!* En lisant cette page, on répéterait volontiers le proverbe latin, devenu banal : *Multa renascentur quæ jam cæcidere!*

La neurasthénie prendra-t-elle définitivement droit de cité dans la neuropathologie française ? Il faut l'espérer, car cette entité morbide représente un ensemble de phénomènes qui méritent d'être groupés sous une dénomination spéciale.

Une autre névrose, la *catalepsie*, objet de travaux récents et sujet d'un livre trop oublié de Braid, a été moins longuement étudiée. M. Huchard a évité avec raison de s'arrêter avec trop de complaisance à des phénomènes extraordinaires, souvent mal observés et mal expliqués. Il est de ceux qui ne jugent ni digne, ni utile pour la science française « de rouvrir l'ère du mesmérisme ».

Un long chapitre de 250 pages constitue la monographie de l'hystérie. La pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, le traitement sont soigneusement étudiés et discutés. Quelle distance entre ce long chapitre et les quelques paragraphes qui, dans la première édition, étaient consacrés à cette affection, devenue par les travaux modernes « la grande névrose, la maladie du siècle. »

Il est impossible d'analyser en détail ces pages aussi heureusement écrites que sagement pensées et qui sont l'exposé des connaissances scientifiques actuelles et des idées personnelles de l'auteur sur cette névrose. Les thèses et les mémoires de l'Ecole française ont été largement mis à contribution. En rendant hommage à ces études patientes, l'auteur considère l'hystérie comme ayant un siège cérébral et divise ses phénomènes en deux groupes : des troubles organiques proprement dits et des troubles psychiques.

C'est ainsi qu'il existe deux ordres de paralysies : des paralysies organiques et des *paralysies mentales.* Rebelles à tout traitement médicamenteux, ces dernières sont justiciables de la volonté, qui joue ainsi le rôle d'une sorte de lance d'Achille occasionnant des blessures et les cicatrisant ensuite.

Cet état particulier aux hystériques reçoit de M. Henri Huchard le nom de *neurataxie*. Il propose de réserver la dénomination d'*hystéro-épilepsie* aux cas dans lesquels l'hystérie et l'épilepsie coexistent et de désigner sous le nom d'*épilepto-hystérie*, l'hystérie simple.

On a pu lire dans l'Union Médicale l'analyse critique de l'étude de M. le docteur Henri Huchard sur l'*état mental des hystériques*. Ce chapitre est un des plus originaux du livre. Il en est de même *des rapports de l'hystérie avec les divers états morbides*. Mais l'espace fait ici défaut pour analyser dans toutes ses parties un ouvrage qui prendra place dans toutes les bibliothèques.

La partie clinique a été complétée par un vaste répertoire bibliographique. Emprunté soit aux sources mêmes, soit aux monographies récentes, cet index mentionne sinon la totalité du moins un nombre considérable de travaux français et étrangers. C'est ainsi par exemple que dans la bibliographie de l'hystérie certaines indications ont été puisées dans le mémoire que l'un des plus érudits bibliothécaires de la Faculté, M. le docteur Petit, a publié sur la métallothérapie.

Enfin, dans de tels ouvrages, les applications thérapeutiques sont trop souvent négligées. L'auteur a voulu éviter ce reproche; car il n'est pas de ceux qui placent le traitement sur un arrière-plan. C'est que « la négation de la thérapeutique, comme le dit le médecin de « l'hôpital Tenon, est la négation de toute la médecine, si elle n'est pas celle de son utilité. » Le *Traité des névroses* contient donc, à côté des chapitres didactiques, des détails complets et usuels sur l'emploi des divers traitements pharmaceutiques, hydrothérapiques et électrothérapiques. Par consépuent, la lecture n'en sera pas moins utile aux étudiants qu'aux médecins praticiens.

Certes il existe des lacunes. Pas n'est besoin d'avoir découvert l'Amérique pour les reconnaître et les signaler. Mais elles sont inévitables dans un domaine encore aussi peu exploré. L'auteur est à même, plus que bien d'autres, de les faire disparaître dans un autre ouvrage qui serait en quelque sorte le couronnement du livre actuel. Il se fera sans doute un point d'honneur de compléter son œuvre; il en prend d'ailleurs l'engagement dans sa préface. Tel est le vœu par lequel se terminera cette analyse critique. Il sera certainement aussi celui de tout lecteur dont le jugement est impartial et le culte pour la science désintéressé.

Ch. Eloy.

THÉRAPEUTIQUE

LA MALTINE ET SES COMPOSÉS.

Importée d'Amérique pendant ces dernières années, la maltine prend chaque jour une place plus importante en pharmacologie et en thérapeutique. Nous devons en dire quelques mots à nos lecteurs.

On connaissait depuis longtemps, sous le nom d'extraits de Malt diverses préparations provenant de l'orge malté. La maltine en diffère sensiblement. Elle est obtenue par l'infusion non-seulement de l'orge, mais encore du froment et de l'avoine maltés, et contient par conséquent les principes nutritifs de ces trois céréales. Il est du reste reconnu que le froment et l'avoine contiennent une bien plus grande proportion d'éléments albuminoïdes et nitrogènes que l'orge. Le gluten qui se trouve en grande quantité dans le froment est la seule substance végétale qui puisse conserver indéfiniment la vie. Les principes nitrogénés contenus dans l'avoine et le froment maltés sont du reste beaucoup plus solubles que ceux contenus dans l'orge.

La maltine combine donc dans les meilleures proportions les principes nutritifs des trois céréales. Elle constitue par conséquent un élément parfait exempt des produits de la fermentation et ne contenant pas d'alcool. C'est là une condition importante, car on sait combien les préparations alcooliques, aujourd'hui si répandues, sont nuisibles aux estomacs dyspeptiques. C'est ce qui explique le succès de la maltine chez des malades qui ne pouvaient supporter ni le stout, ni le vin, ni aucune boisson alcoolique ou fermentée.

A côté de ses propriétés nutritives, la maltine possède des propriétés digestives qui s'expliquent par la grande quantité de diastase qu'elle contient naturellement.

La maltine est donc à la fois un aliment et un agent digestif de premier ordre. Elle contribue puissamment à la réparation des tissus et facilite l'accomplissement de la fonction digestive et l'assimilation des aliments amidonnés. Ainsi que l'a très bien dit le professeur Attfield, elle contient dans toute leur force, et à leur plus haut degré de concentration, l'ensemble des principes nutritifs et digestifs qu'on peut extraire du froment, de l'avoine et de l'orge maltés.

La théorie, aussi bien que la clinique, autorisent du reste à faire l'éloge de ce produit qui

a fait aujourd'hui ses preuves. Dans tous les cas où il faut remonter l'organisme, la maltine est d'un exellent emploi. Elle est justement considérée comme le reconstituant par excellence. D'un goût excellent, ne contenant ni alcool, ni acide, elle est supportée par les estomacs les plus délicats. Dans la convalescence des maladies aiguës, dans toutes les formes de la dyspepsie et de la cachexie, dans la phthisie et dans les diathèses syphilitique et scrofuleuse, elle a donné de merveilleux résultats.

La maltine remplace l'huile de foie de morue au début des affections tuberculeuses. Elle plait davantage aux malades et leur fournit un bon élément de calorification. L'emploi empirique de l'huile de foie de morue produit souvent de regrettables résultats. Administrée aux phthisiques d'une façon intelligente, elle constitue un aliment vraiment souverain; mais lorsqu'elle est donnée au hasard, elle ne fait qu'accroître le travail d'un estomac déjà surmené par de mauvaises digestions. Ces inconvénients ne sont pas à redouter si l'on a soin de combiner la maltine avec l'huile de foie de morue; on obtient alors une émulsion d'une digestion et d'une assimilation très faciles.

La maltine s'associe de la façon la plus heureuse avec toutes les substances médicamenteuses actives. C'est ainsi que, combinée avec la pepsine et la pancréatine, elle constitue un véritable spécifique contre la dyspepsie. Associée aux hypophosphites et aux phosphates, elle remplace avantageusement les nombreux sirops et élixirs employés jusqu'à ce jour. Elle se combine également avec le fer, la quinine et la strychnine, pour former un tonique puissant. Enfin, elle s'associe avec les altérants : l'iode, les iodures, les chlorures, les mercuriaux et un grand nombre de substances qui, sans cette heureuse combinaison, seraient difficilement supportées par l'estomac.

Cette propriété de la maltine de se dissoudre rapidement dans l'eau et de faciliter la digestion des substances médicamenteuses, a été mise à profit par nos confrères anglais et amécains, qui l'emploient comme excipient dans toutes les potions où elle remplace avantageusement les divers sirops. Partout où le praticien emploie les sirops, il emploiera la maltine de même qu'il emploie aujourd'hui pour la confection des pommades la vaseline au lieu de l'axonge.

Signalons encore, parmi les applications les plus récentes proposées par M. Carnrick à qui nous devons les plus heureuses innovations de la maltine, deux nouvelles préparations : l'une désignée sous le nom de *malto-viburnine* contient le principe actif du *viburnum prunifolium*, médicament récemment employé avec succès dans la dysménorrhée; l'autre, la *maltoyerbine*, contient le principe actif de la *yerba santa*, employé comme expectorant dans le traitement de la bronchite et d'autres affections pulmonaires.

Nous aurons probablement l'occasion de parler de nouveau à nos lecteurs de la maltine qui, comme la vaseline. prendra rapidement une place importante en pharmacologie et en thérapeutique. — Dr V.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 octobre 1882. — Présidence de M. Blanchard.

M. le Secrétaire perpétuel, J. Bertrand, annonce que M. Lemonnier, professeur de mathématiques transcendantes à la Faculté des sciences de Caen, vient de mourir à la suite d'une chute dans un escalier.

M. Hébert fait hommage à l'Académie de deux volumes sur la paléontologie française.

M. Virlet d'Aoust raconte, dans une lettre, que n'ayant pu aborder dans une petite île de l'archipel grec, parce que la mer était mauvaise, le patron de la barque versa de l'huile en avant du bâtiment, et l'atterrissement se fit ensuite sans difficulté. Il paraît qu'il existe, aux environs de la Vera-Cruz, un endroit où des sources de pétrole voisines se déversent dans la mer. Par les plus gros temps, les navires abordent toujours facilement en cet endroit.

MM. Milne-Edwards et Blanchard font quelques réserves à propos de cette communication. C'est à voir de plus près et à loisir.

M. l'abbé Moigno adresse le catalogue des 4,500 projections qu'il a fait exécuter dans l'intérêt des démonstrations scientifiques.

M. Dumas donne lecture d'une longue et très intéressante lettre de M. Siemens relative à la constitution du soleil. M. Faye maintient les objections qu'il a opposées à la première communication du savant anglais sur ce sujet. Nous y pourrons revenir si la discussion continue.

— M. Vulpian présente une note de M. Couty sur l'action convulsivante du curare.

« On sait depuis longtemps que le curare peut déterminer, avant les accidents de paralysie,

des troubles divers d'excitation; mais, si l'on excepte un de ces troubles, la salivation, on n'a pas insisté beaucoup sur la valeur de ces phénomènes et sur leur mécanisme.

En utilisant, sur des chiens, des extraits peu actifs de *strychnos triplinervia*, ou de petites doses de certains produits des Indiens, j'ai pu isoler complètement ces symptômes, si bien que l'animal présentait pendant dix et vingt minutes une phase nouvelle de l'intoxication.

D'abord, il s'agitait, sautant, se grattant, se léchant, criant comme s'il était hyperesthésié; puis il était en proie à des secousses quasi-choréiques ou à des tremblements; son cœur se modifiait, ralenti ou accéléré; ses pupilles se dilataient ou présentaient des alternatives de dilatation et de rétrécissement; il se produisait quelquefois des vomissements, des mictions ou des défécations, et toujours du larmoiement ou de la salivation; enfin, les températures centrales et périphériques augmentaient, en même temps que l'on constatait une hyperexcitabilité légère des muscles et quelquefois des nerfs des membres ou des nerfs pneumogastriques.

Il est vrai qu'avec d'autres curares des Indiens, différemment actifs, malgré toutes les précautions prises pour bien graduer les injections successives sous la peau, il a été impossible de prolonger cette période d'excitation; après un peu d'agitation, un commencement d'hypersécrétions et quelques secousses, les chiens se sont paralysés des membres et de la respiration, et les muscles et les nerfs sont devenus rapidement moins excitables; mais les deux ordres de symptômes ont alors coexisté pendant plus ou moins longtemps, et comme l'ont vu Schiff, Vulpian, Bert, les chiens déjà paralysés présentaient des secousses fibrillaires ou tremblées dans les membres, dans la face ou sous la peau; et l'on observait de la salivation, du larmoiement, comme aussi les mêmes troubles cardiaques et pupillaires.

Du reste, que les symptômes soient isolés ou qu'ils se mêlent avec la paralysie commençante, leur mécanisne reste le même. Voici ce que j'ai observé. Sur des chiens capables de marcher et de se défendre, agités de grandes contractions choréiques des membres et du corps, je sectionnai un nerf sciatique et je crus voir que la patte correspondante n'avait plus de secousses; mais les résultats de l'observation étaient peu nets, à cause des mouvements communiqués par le corps ou la cuisse, et je répétai l'expérience sur d'autres chiens paralysés dont les secousses moins fortes se limitaient aux membres et à la face; alors, en coupant à la fois le nerf crural et le sciatique et en fixant légèrement les genoux j'acquis la certitude que la section des nerfs faisait disparaître les secousses dans les muscles correspondants.

Je fus ainsi amené à répéter pour le curare les expériences classiques de Magendie sur la strychnine.

Si l'on découvre rapidement la moelle dorsale sur un chien agité par le curare et si l'on détruit le fragment dorso-lombaire, les secousses du train postérieur disparaissent; si l'on enfonce la tige de baleine dans le fragment antérieur, on voit les secousses des membres antérieurs cesser à leur tour; si l'on enfonce davantage en pratiquant au préalable la respiration artificielle, la face elle-même devient immobile. Si l'on fait ensuite l'autopsie de la moelle, on constate souvent que la destruction a été incomplète; la baguette de verre ou de baleine laissée en place a produit une compression qui a suffi à arrêter les contractions des muscles.

On peut réaliser d'une autre façon des constatations plus précises: ainsi, sur cinq chiens, j'ai lié la moelle dorsale; deux d'entre eux conservèrent des fonctions à peu près normales dans les deux fragments médullaires, et sur ceux-là l'injection par la saphène de très petites doses de curare détermina des secousses à peu près égales dans les diverses parties du corps; chez les trois autres, la réflectivité du segment postérieur diminua, tandis que le segment antérieur devint plus excitable, et dans ces conditions la même injection du même curare laissa le train postérieur complètement immobile, tandis que l'antérieur était agité de tremblements très forts, véritablement choréiques.

Les phénomènes d'excitation musculaire produits par le curare dépendent donc du bulbe, de la moelle et de l'état de leurs fonctions; mais cette dépendance très intime présente des caractères spéciaux qui distinguent l'excitation curarique de celle de l'asphyxie ou de la strychnine.

Ces derniers agents déterminent des convulsions tant que la moelle est capable de réflexes, tandis que les secousses curariques disparaissent dès que l'on diminue l'excito-motricité par d'assez fortes doses de chloral, par la ligature de la moelle ou même par d'autres lésions nerveuses. De même les convulsions violentes de l'asphyxie et de la strychnine sont suivies de paralysie, tandis que, comme ont le sait, les légers phénomènes d'excitation curarique laissent à peu près intactes les fonctions des centres nerveux; sur l'animal paralysé par le curare, au moment où les secousses ont complètement cessé, quelques réflexes sont encore possibles, comme aussi l'injection de strychnine ou l'arrêt de la respiration peuvent déterminer de nouvelles contractions de muscles. Le curare est donc pour la moelle et le bulbe un excitant peu énergique, très inférieur à la strychnine, insuffisant pour entraîner des troubles

paralytiques secondaires, comme aussi incapable d'agir si les fonctions nerveuses sont déjà légèrement diminuées.

Cette action de petites doses de poison n'est du reste pas bornée aux centres nerveux ; et d'autres troubles de cette période paraissent avoir leur origine à la périphérie. Sur des chiens dont les contractions cardiaques avaient été ralenties par une injection brusque dans la veine, j'ai pu couper les pneumogastriques et j'ai vu le ralentissement persister : en renversant l'expérience, j'ai injecté du curare sur des animaux dont les pneumogastriques étaient déjà sectionnés, et j'ai constaté les modifications habituelles des mouvements du cœur ou de l'excitabilité des fibres d'arrêt qui s'y rendent.

Je n'ai pas fait de recherches sur le mécanisme des autres phénomènes d'excitation curarique ; mais ces faits suffisent à montrer qu'au début de l'intoxication les appareils musculaires ou glandulaires présentent divers symptômes de stimulation, complètement différents des symptômes de paralysie observés plus tard; comme aussi ils nous renseignent sur le mécanisme central et médullaire de quelques-uns des troubles primitifs de cette intoxication.

Le curare n'est donc pas seulement un poison paralysant, il est encore et en premier lieu légèrement convulsivant: le curare n'est pas uniquement un poison périphérique, il est aussi dans une certaine mesure, un poison des centres nerveux, et l'on peut réduire à des termes simples le mécanisme de son action. »

COURRIER

Concours des prix de l'internat. — Ce concours a commencé vendredi dernier par la composition écrite. L'épreuve, pour les internes de la première division, était ainsi conçue : *Uretère. — Sécrtion urinaire. — Phlegmon périnéphrétique.* — Pour les internes de la deuxième division : *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie. — Ulcère simple de l'estomac.*

Corps de santé de la marine. — Sont nommés ou promus dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de 1re classe: MM. Brédiam, Boussac, Hache, Palasne de Champeaux, Grisolle, Borel, Gayet, Jouveau-Dubreuil, Cognes, Bonescuelle de Lespinois, Prat, Mercier, Philip, Le Jollec.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Dufour, Dufourcq, L'Honen, Auvergne, Grand Moursel, Hervé, Fragne, Bouquet, Libouroux, Kergrohen, Michel, Féraud, Amouretti, Thamin, Tréguier, Bourguignon, Suquet, Clavel, Guillarmou, Martin, Marestang, Lallour, de Guyon de Pontourande.

Au grade d'aide-médecin : MM. Salanoue-Ipin, Valence, Bagot, Girard, L'Honen, Carmouze, Martine, Layet, Moussoir, Chové, Depasse, Fallier, Richer des Forges, Féret, Geay de Couvalette, Leblan, Camail, Garnier, Badet, Bousquet, Cassagnou, Tricard, Cojan, Lamy, Mezergues, Capus, Le Batard, Ollivier, Giberton, Guillou, Bailly, Berthier, Vergoz, Guillabert, Aubry, Seguin, Manoël, Guérin, Noury, Earaud.

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Perrimond-Trouchet.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Camus, Vignoli, Dubois, Tambon, Pairault.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Henry, Lamy, Laligne, Thiéry, Cazeaux, Martinenq, Valacca.

Association des médecins de la Gironde. — L'Association des médecins de la Gironde tient, chaque année, une session générale dans une des villes du département et cette décision a les meilleures conséquences, provoque de nombreuses adhésions et tend à maintenir l'union dans la famille médicale dont tous les membres voisins peuvent ainsi se rencontrer, se connaître et s'apprécier. La réunion de 1882 a eu lieu, le 15 octobre, à Pauillac, avec un éclat tout particulier.

La municipalité avait fait préparer, à l'Hôtel de Ville, la salle des séances et celle du banquet. La fanfare locale a reçu, le matin, les médecins à la gare et a joué son meilleur répertoire pendant toute la journée. Les grands propriétaires du Médoc avaient, seuls, fourni les vins du repas avec une générosité qui se chiffrait par trois mille francs des premiers crus du pays.

Aussi les toasts portés par MM. les docteurs Denucé, président de l'Association, Hameau (d'Arcachon), Vergely (de Bordeaux) et Berchon (de Pauillac), à M. le maire Périer, aux organisateurs de la fête et surtout à la santé des généreux donataires, ont-ils été salués d'acclamations chaleureuses et répétées.

MM. Périer, Legendre et Rabère ont répondu en buvant à la prospérité des Associations

médicales et de celle de la Gironde, ainsi qu'au bureau de l'Association. Quelques chansons ont terminé le repas admirablement servi, du reste, par M. Fontètes, de Soulac-les-Bains. Et cette fête, qu'il serait certainement impossible de reproduire ailleurs, si l'on tient compte de la profusion, de la qualité et de l'authenticité des vins, a fait passer rapidement la journée dont les dernières heures ont été consacrées à la visite du Lazaret de Pauillac, complètement réorganisé, maintenant, d'après les données scientifiques les plus modernes. M. Berchon, directeur de la Santé, faisait les honneurs de l'établissement qui peut être aujourd'hui cité comme un modèle du genre, par ses bonnes dispositions sanitaires, son étendue, l'isolement de ses infirmeries et le confortable dont l'absence avait soulevé si longtemps de justes réclamations.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les docteurs Castex, Ramonède et Routier sont nommés pour une période de quatre années, prosecteurs, en remplacement de MM. Duret, Segond et Reynier.

Asile public d'aliénés de Maréville. — *Concours pour une place d'interne.* — En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juillet 1882, approuvé par M. le ministre de l'intérieur, un concours est institué pour l'obtention du poste d'interne à l'asile de Maréville. Ce concours s'ouvrira le lundi 11 décembre 1882, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat.

— M. le docteur Troisier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris et médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Hillairet, dédédé.

— M. le docteur Carof est nommé médecin-adjoint au lycée de Brest.

— Par arrêté ministériel en date du 24 octobre, MM. les docteurs Bouchard et Bouchardat, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Bourceret, ancien interne des hôpitaux, sont nommés membres de la Commission d'hygiène scolaire.

Fièvre jaune. — Les dernières nouvelles sanitaires reçues de Gorée sont très-satisfaisantes. Le dernier décès causé par la fièvre jaune est du 21 septembre et tous les Européens, non acclimatés, ayant été précédemment atteints et guéris, aucun cas n'est plus à craindre. La situation est également bonne à Saint-Louis.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 10 novembre 1882.

Ordre du jour : M. Du Castel : Rapport sur les maladies régnantes pendant le troisième trimestre de l'année 1882. — Communications diverses.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale le vendredi 10 novembre à neuf heures et un quart, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis.

Le mercredi, démonstrations physiologiques par M. Bochefontaine, chef du laboratoire, et M. Hardy, chef adjoint.

La visite des malades aura lieu tous les matins à huit heures et demie.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique infantile le mercredi 15 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

— M. Jacques Bertillon commencera vendredi prochain, une série de leçons sur un sujet plein d'actualité.

C'est par l'étude statistique du divorce que ce professeur ouvrira cette année son cours de démographie.

Il étudiera ensuite la statisque des mariages, des naissances et des décès.

Ce cours, public et gratuit, aura lieu à l'Ecole d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, vendredi prochain, 10 novembre, à 4 heures, et continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Nous avons lu avec étonnement, dans les journaux politiques, une circulaire que le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'adresser aux recteurs :

Monsieur le recteur,

Le vœu a été plusieurs fois exprimé qu'il fût créé un grade supérieur au doctorat en médecine, sous le nom de *doctorat ès sciences médicales.*

Je vous prie de consulter à ce sujet les Facultés de médecine, les Écoles de plein exercice, les Écoles préparatoires et les Conseils académiques.

Pour que les diverses opinions qui seront exprimées puissent être plus facilement comparées, les questions suivantes devront être successivement examinées.

Les assemblées de professeurs et les conseils académiques ont naturellement toute la liberté d'étendre ensuite la discussion et d'exposer tel système qui leur paraîtra convenable.

1° Utilité, au-dessus du doctorat en médecine, qui est surtout un grade professionnel, d'un grade supérieur supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques, des études plus personnelles et plus originales ;

2° Outre le doctorat en médecine, quelles exigences pourrait-on imposer aux candidats au doctorat ès sciences médicales (internat, prosectorat, concours des hôpitaux, grades pris dans les Facultés des sciences, etc.) ? — Quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données ?

3° Comment devraient être constituées les épreuves ?

I. Devraient-elles être précédées d'une scolarité fixe ou exiger seulement des connaissances spéciales que le candidat aurait acquises en pleine liberté ? — Quelles devraient être les épreuves ? — Une double thèse originale suffirait-elle ? — Cette double thèse devrait-elle être accompagnée d'interrogations sur d'autres sujets ? — Une des thèses pourrait-elle être remplacée par des propositions que choisirait la Faculté ?

II. Y aurait-il lieu d'exiger du candidat qu'il prît chacune des thèses dans des ordres différents d'études correspondant aux divisions actuelles de l'agrégation ? — Pourrait-il se borner à un seul ordre d'études ?

Les conditions seraient-elles les mêmes pour les sciences anatomiques et physiologiques, pour les sciences physiques et naturelles, pour la médecine proprement dite et la médecine légale, pour la chirurgie et les accouchements ?

En résumé, quels seraient les moyens de donner à ce grade nouveau une haute valeur scientifique ?

4° Le doctorat ès sciences médicales devrait-il être exigé des candidats à l'agrégation ? Prévoit-on qu'il modifierait les conditions de ce concours en les simplifiant, et qu'il aiderait ainsi à résoudre la question même du concours de l'agrégation, question qui a été mise à l'étude et sur laquelle les Facultés de médecine ont exprimé des avis différents ? Ce grade devrait-il être exigé des candidats aux suppléances pour les Ecoles de plein exercice et préparatoires ? — Dans quelle mesure pourrait-il remplacer les concours et permettrait-il de modifier les conditions du recrutement en usage aujourd'hui dans ces écoles ?

Voilà certes un document inattendu de la plupart d'entre nous, et il n'est pas nécessaire d'être conservateur à l'excès pour déclarer que le besoin ne s'en faisait nullement sentir. Qui donc a demandé un grade nouveau, des épreuves inconnues ? Par qui ce vœu a-t-il été « plusieurs fois exprimé ? »

Si l'idée n'émane pas de la seule administration, si quelques-uns de nos confrères ou de nos maîtres l'ont produite ou favorisée, qu'ils nous pardonnent, mais nous n'y comprenons rien.

Nous sommes loin de repousser les réformes, et nous pensons même qu'il y en a

beaucoup à faire dans notre organisation médicale. Mais nous cherchons vainement à quel défaut de nos institutions s'adresse le nouveau projet, quelle lacune son application viendrait combler.

Si le doctorat en médecine reste le « grade professionnel », suffisant pour exercer, qu'avons-nous besoin d'un grade supérieur « supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques » ? Nous avons l'agrégation et les hôpitaux, et c'est assez de ces rudes épreuves, l'expérience le démontre, pour obtenir des hommes sérieux la continuation du travail et l'achèvement de l'éducation médicale. Ces deux titres enviés n'impliquent-ils pas à tous les yeux des connaissances complètes, des études approfondies ?

La preuve que le titre nouveau serait un luxe inutile, c'est l'abondance des questions posées pour déterminer ses rapports avec ceux d'interne, de prosecteur, d'agrégé. Nous doutons fort qu'il puisse modifier « en les simplifiant » les conditions du concours de l'agrégation, parce que nous n'avons pas foi dans l'importance d'une mauvaise thèse, fût-elle double, originale, accompagnée d'interrogations, et qu'il nous paraît plus que difficile de « donner à ce grade une haute valeur scientifique. »

Ce qui nous paraît à craindre, c'est que le doctorat ès sciences médicales, sans créer une catégorie de médecins réellement supérieurs, ne transforme les simples docteurs en officiers de santé, ceux-ci en sous-officiers, et qu'il n'en sorte rien de bon pour la dignité professionnelle. Nous prévoyons aussi que le doctorat ès sciences médicales deviendra un sous-titre commode et lucratif pour certaines variétés de charlatans.

Il semble que ce projet vienne d'un administrateur ayant vécu loin de nous, croyant qu'on peut nous tailler sur le patron des licenciés et des docteurs en droit, en un mot jugeant la Faculté de médecine et les choses qui la concernent comme on le fait en général dans les salons parisiens. Les questions qu'on nous pose ne seraient pas autres, venant d'un normalien ou d'un homme du monde.

Nous n'avons pas considéré sous tous les aspects la circulaire ministérielle, et, si la question est sérieusement mise à l'étude, nous ne demandons qu'à nous éclairer en l'examinant de nouveau. La Faculté doit se garder de repousser, sans une étude impartiale, les marques de la sollicitude ministérielle. Mais en vérité, en présence de tant d'améliorations promises, de tant d'espoirs ajournés, fallait-il commencer par là? — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Péricardite aiguë a frigore.

Développement rapide d'un vaste épanchement dans le péricarde; ponction de la séreuse donnant issue à près d'un litre de liquide. Un mois après la ponction, pleurésie double légère. — Guérison avec persistance d'adhérences péricardiques.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 février 1882 (1),

Par H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Les considérations sur lesquelles j'ai précédemment insisté sont celles qui me paraissent devoir guider l'opérateur dans le choix du lieu de la ponction. J'ai dit que le liquide de l'épanchement s'accumule toujours à la base du péricarde, vers la région diaphragmatique. L'abaissement de la sonorité gastrique est le meilleur indice des progrès de la collection liquide. Or, dans ce mouvement d'abaissement du diaphragme, il n'est nullement probable que la pointe du cœur continue nécessairement à reposer sur la face convexe du trèfle aponévrotique, puisque l'organe est retenu en haut par le faisceau des gros vaisseaux aortiques et pulmonaires. Il est beaucoup plus vraisemblablement refoulé en haut et en arrière, et pour peu que la

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 28, 31 octobre et 7 novembre.

voûte du diaphragme s'abaisse, il reste entre la pointe et la cloison diaphragmatique un espace appréciable. En ce point, une ponction doit être nécessairement couronnée de succès et exempte de danger; parce que c'est là que le liquide s'amasse en plus grande quantité, et qu'en rasant la limite supérieure du diaphragme, on est sûr de ne pas blesser le ventricule.

C'est en me basant sur cette disposition morbide que j'ai pratiqué la ponction, chez mon malade, dans le sixième espace intercostal, à 8 centimètres en dehors du sternum, sur la ligne mammaire : et j'ai été frappé de la très grande simplicité de l'opération : la pleurésie la plus simple n'offre pas plus de difficultés opératoires que je n'en ai rencontrées. Je ne crois pas trop m'avancer en affirmant que toutes les fois qu'on pourra constater, pendant plusieurs jours de suite, l'abaissement progressif du diaphragme, avec des signes évidents d'épanchement péricardique, on ira à coup sûr au-devant de la collection en ponctionnant à 1 centimètre environ au-dessus de la limite inférieure de la matité. Tantôt ce sera le sixième, tantôt le septième espace intercostal que l'on ponctionnera : ce pourra même être le huitième espace, si l'on fait la paracentèse très en dehors du sternum, comme dans un fait de M. Potain : mais on sera sûr au moins de ne pas blesser le cœur.

Je dois écarter ici une objection qui ne peut manquer de se produire. En agissant de la sorte, n'y a-t-il pas de danger de traverser la plèvre et même une lame de poumon? L'argument aurait une grande valeur, si les rapports du péricarde et de la plèvre étaient les mêmes dans l'état pathologique qu'à l'état normal, mais il n'en est pas ainsi. Le péricarde distendu par un grand épanchement refoule le poumon en arrière, et la plèvre doit suivre partiellement ce mouvement. Si elle ne le suit pas, le seul inconvénient est de traverser du même coup, avec l'instrument, le feuillet pleural réfléchi au-devant du péricarde, accident qui ne comporte aucune gravité, surtout avec l'emploi de la méthode aspiratrice.

Un mot, en terminant, sur la nécessité d'employer pour la ponction le trocart au lieu de l'aiguille creuse. Faute de cette précaution, mon excellent maître M. Potain (1) a échoué dans un cas où son diagnostic était parfaitement exact et où, en réalité, il avait pénétré dans la cavité péricardique : un bouchon fibrineux avait obturé l'aiguille, au moment où elle traversait le feuillet pariétal du péricarde. Avec le trocart, pareille déception n'est point à craindre.

Il nous reste maintenant à voir dans quelle mesure la ponction du péricarde est une opération utile, et quelle est sa valeur thérapeutique.

Chez notre malade, l'intervention a été incontestablement le point de départ du mieux qui a fini par la convalescence. Au moment où l'opération fut pratiquée, elle se présentait comme la dernière ressource à tenter : l'état du sujet semblait désespéré, et les moyens les plus actifs employés jusque là n'avaient aucune prise sur la marche de la maladie.

Les résultats immédiats de la ponction, tout en étant moins saisissants que ceux de la paracentèse pleurale dans les grands épanchements de la plèvre, furent très satisfaisants. Le premier et le plus manifeste fut la cessation de la dyspnée et de l'angoisse qui fatiguaient le malade : la cyanose également disparut au bout de quelques minutes. Mais, à l'inverse de certains faits où l'on a vu l'opération supprimer la toux et l'expectoration, chez notre malade la décompression rapide du poumon produisit les mêmes résultats que l'évacuation brusque d'un grand épanchement pleurétique. Une toux quinteuse et pénible se développa, au fur et à mesure que le liquide commença à s'échapper du péricarde, si bien qu'il me parut nécessaire, pour éviter les complications possibles d'expectoration albumineuse, de faire séance tenante, une injection sous-cutanée de morphine. Les jours suivants, il fallut compter avec cette complication de congestion pulmonaire, qui réveilla la fièvre et provoqua de la dyspnée. Toutefois, malgré le retour des symptômes fonctionnels et de l'oppression, qui faisaient craindre la reproduction du liquide péricardique, il était manifeste que la ponction avait amené une grande amélioration dans les con-

(1) Potain. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 507, obs. Exchaquet.)

ditions de la circulation artérielle. Un des premiers signes qui témoigna du retour à l'état normal fut la disparition définitive du pouls paradoxal, qui fut remplacé par un pouls petit, mais régulier et non influencé par les mouvements inspiratoires. Une seconde preuve du rétablissement de la tension artérielle fut fournie par l'examen des urines. Réduites à la valeur de 7 à 800 centimètres cubes par jour, avant la ponction, elles ne tardèrent pas (sous l'influence du café, il est vrai) à atteindre le chiffre de deux et trois litres ; à partir de ce moment le mieux s'accentue franchement. Un résultat analogue a déjà été signalé dans plusieurs observations, notamment dans celles d'Hindenlang : chez son malade, la diurèse n'atteignait, avant la ponction, que 600 centimètres cubes ; quatre jours après l'opération, elle s'élevait à 2 litres et demi. On peut donc dire, sans paradoxe, que la paracentèse du péricarde constitue le meilleur des diurétiques, et que c'est le plus sûr moyen de rétablir la pression artérielle au niveau des glomérules du rein.

Quant aux phénomènes secondaires qui ont succédé à la paracentèse péricardique, ils ont été des plus simples. Une fois la congestion pulmonaire tombée, et la diurèse franchement établie, chaque jour a été marqué par une diminution graduelle des symptômes fonctionnels, et un retour à l'état physiologique. Les signes physiques sont restés longtemps presque les mêmes, et c'est là un fait sur lequel je crois devoir insister tout particulièrement. Evidemment, pendant cette période, j'ai assisté au travail pathologique qui transformait la péricardite exsudative en une péricardite adhésive, et quelques semaines après, il était presque certain que la symphyse cardiaque était constituée. Or, je n'ai jamais constaté, malgré tout le soin que j'ai mis à les chercher, les signes physiques que l'on décrit comme caractéristiques des adhérences péricardiques. Je n'ai pas surpris de retrait de la paroi thoracique au niveau de la pointe du cœur, pas d'ondulation à la palpation de la région précordiale. Les seuls indices fournis par l'examen du cœur ont été les suivants : faiblesse extrême et disparition presque complète du choc de la pointe, qu'on n'a jamais perçu distinctement, et qu'on ne perçoit pas encore ; assourdissement des bruits valvulaires, qui sont exempts de souffle, mais se font entendre d'une façon obscure, et sans énergie (ce qui paraît en rapport avec la gêne de la contraction ventriculaire), petitesse et fréquence permanente du pouls, gonflement persistant des veines jugulaires. Quant à la matité précordiale, assurément elle a diminué, mais pendant longtemps elle s'est montrée assez considérable pour qu'on eût pu se demander s'il ne restait pas du liquide, et cependant les frottements que l'on entendait à l'auscultation ne permettaient pas d'admettre cette supposition.

La façon dont la matité a graduellement disparu mérite d'attirer l'attention. De même que l'abaissement de la sonorité avait été pour moi l'indice le plus certain de l'accumulation de l'épanchement, de même, pendant les jours qui suivirent la ponction, je pus m'assurer que le liquide ne se reproduisait pas en notable abondance, parce que la zone de matité inférieure restait toujours au-dessus du niveau précédemment constaté. Deux semaines après la ponction, presque rien n'était changé quant aux limites supérieures de l'épanchement, mais la trace laissée par la piqûre correspondait à une zone sonore, ce qui prouvait que le diaphragme avait repris sa forme convexe normale. Or, je le répète, à peine y avait-il un écart de 2 centimètres entre le diamètre transversal primitif de la matité péricardique et ses dimensions actuelles : pourtant le péricarde renfermait près d'un litre de liquide, évacué au moment de la seconde mensuration ; et cette minime différence dans les signes physiques, pour une aussi énorme lésion, est bien la preuve que l'accumulation séreuse se fait en majeure partie du côté du médiastin postérieur et de la région diaphragmatique.

Une dernière question se pose. Quelle est la valeur absolue de l'opération, au point de vue des chances de guérison définitive ? Ici la statistique seule doit répondre.

Dans son mémoire de 1875, M. Roger arrivait aux conclusions suivantes :

Sur les 14 observations de paracentèse péricardique, relevées par lui, six fois la mort était survenue de un à cinq jours après l'opération ; trois fois la survie avait

été de quelques semaines. Une seule guérison avait été définitive, celle du malade de Champouillon. A ne prendre que ces résultats bruts, l'opération ne serait guère encourageante, et ne mériterait presque pas d'être tentée : mais ces chiffres, heureusement ne sont plus aujourd'hui l'expression de la vérité. Depuis une dizaine d'années, de nombreux cas de paracentèse péricardique ont été publiés, et leur relevé fournit des résultats meilleurs. Dans les 65 faits recueillis par Hindenlang, il y eut 44 insuccès, avec mort plus ou moins rapide; mais 21 fois l'opération fut suivie d'amélioration ou de guérison, ce qui donne une statistique de 32 pour 100 de succès opératoires. C'est à peu près le résultat auquel on arrive en ajoutant aux chiffres de Hindenlang les six ou sept cas nouveaux, publiés depuis son mémoire.

Ce qu'il importe, en pareille circonstance, c'est moins de compter le nombre total des opérations, que d'étudier les conditions dans lesquelles on les a faites. Assurément, il n'est nullement indifférent, au point de vue de la gravité des cas et du pronostic de l'intervention chirurgicale, d'avoir affaire à une péricardite rhumatismale, ou à une péricardite tuberculeuse ; de ponctionner un épanchement séreux survenu dans des conditions de santé générale satisfaisantes, ou une collection purulente qui parfois, comme dans le cas de Jürgensen (1), coïncide avec des suppurations multiples. Or, le relevé, fait à ce point de vue spécial, des péricardites spontanées, de nature rhumatismale, fournit une statistique de guérisons relativement très favorable. Sur une dizaine de malades, huit ont guéri (2); deux seulement ont succombé, celui de Steavenson et celui de Hunt (*Lancet* 1877, p. 343) : et ces résultats remarquables ont été observés, non pas seulement chez des sujets jeunes, mais chez des adultes. L'observation de Thomas Elliot (*Lancet*, janv. 1876) est particulièrement instructive à cet égard. Elle concerne un homme de 60 ans, atteint de rhumatisme aigu, avec complication d'anasarque, de dyspnée excessive et de péricardite évidente. La ponction donna issue à 42 onces de liquide (1260 gr.) et la guérison était complète au bout de quelques mois.

Même dans les cas où l'on soupçonne la tuberculose, il ne faut pas se considérer comme désarmé devant un épanchement péricardique. Sans aucun doute, la statistique ici est loin de donner d'aussi beaux résultats, mais on a vu parfois la guérison survenir, tout en n'empêchant pas les progrès de la tuberculose pulmonaire. A cette catégorie de cas appartiennent les succès opératoires d'Aran (*Bull. Ac. méd*, 1856), de Trousseau et Lasègue (*Arch. méd.* 1854), de Chairou, de W. Pepper (1878). Peut-être, chez notre malade, verrons-nous se développer quelques indices de tuberculose qui, jusqu'à présent, sont restés latents. En tous cas, ces faits suffisent pour justifier amplement l'utilité et l'urgence de la paracentèse du péricarde. Il ne faut jamais oublier que si l'on ne peut guérir définitivement les malades, on doit chercher à les soulager; or, la ponction, moyen de curation quelquefois radical, est toujours un palliatif puissant. J'aurai atteint mon but, si en précisant davantage les indications et le manuel opératoire de la ponction, j'ai pu contribuer, dans une certaine mesure, à rendre l'intervention chirurgicale moins aléatoire, et plus facile à tenter.

(1) Ziemmsen's Handbuch, Bd V, p. 134, 2e édit., 1872.

(2) Champouillon (*loc. cit.*), Wheelhouse, Bartleet, Elliot, Ogle (*Lancet*, 1873), Shingleton Smith, Rosenstein, Rendu.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Netter, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy, intitulée : *Lettre sur les rémissions naturelles dans le cours de la fièvre typhoïde dothiénentérique et sur l'action* NOCIVE *du sulfate de quinine dans cette maladie.* (Com. des épidémies.)

2° Un travail de M. le docteur Lombard, médecin à Aubagne (Bouches-du-Rhône), contenant les observations de cas de fièvre typhoïde qui ont eu lieu pendant les années 1877, 1878, 1879 et 1880 à Flourac (Hérault). — (Com. des épidémies.)

—

M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de physiologie et de chimie par suite du décès de M. Bussy.

—

M. Béclard signale, parmi les ouvrages de la correspondance imprimée, trois fascicules nouveaux du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, et annonce, de la part de l'éditeur, le prochain envoi de deux autres fascicules pour la fin de novembre, soit cinq fascicules en un seul mois.

M. Mathias Duval présente, en son nom et au nom de M. Charles Morel, leur *Manuel de l'anatomiste* (anatomie et dissection).

M. Dechambre offre en hommage son article *Déontologie*, petit traité des droits et des devoirs du médecin, extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

M. Gosselin présente, au nom de M. Charles Robin, une note manuscrite de MM. Chourson et Schlagdenhaufen, intitulée : *Recherches anatomiques et physiologiques* sur quelques liquides organiques : eau des oursins, des kystes hydatiques, des cysticerques et de l'amnios. Ces messieurs ont trouvé des ptomaïnes dans ces divers liquides.

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° au nom de M. le docteur Burcq, un travail sur l'emploi du cuivre dans le choléra ; 2° au nom de M. le docteur Moricourt, une note sur l'emploi du cuivre dans la fièvre typhoïde.

M. Brouardel présente, au nom de M. Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées : 1° un travail statistique sur l'accroissement relatif de la population dans le département de la Seine ; 2° Le tableau de la marche de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde dans les divers arrondissements de la ville de Paris.

M. de Villiers présente, au nom de M. le docteur Delisle, des *Tableaux synoptiques relatifs à l'application et à l'étude de la loi de protection des enfants du premier âge.*

M. Ernest Besnier présente : 1° au nom de M. le docteur Martineau, un exemplaire de ses *Leçons sur la thérapeutique de la syphilis ;* 2° en son propre nom, le 6e et dernier fascicule de ses *Rapports sur les maladies régnantes.* Cette publication sera continuée par M. le docteur Du Castel.

M. Depaul dépose, au nom de M. le docteur Mercier (de Besançon), une note manuscrite sur le *Traitement des catarrhes du vagin, du col et du corps de l'utérus*, par des badigeonnages de ces cavités, à l'aide d'un pinceau imbibé d'une solution de 5 grammes de chlorure de zinc dans 20 grammes d'eau distillée.

M. Armand Gautier lit une série de rapports sur des demandes en exploitations de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

—

M. Léon Le Fort communique un travail, intitulé : *Etranglement interne causé par une bride, laparotomie, guérison.*

Le chirurgien, en présence d'une obstruction intestinale par volvulus, par invagination ou par des brides, doit choisir entre l'entérotomie et la laparotomie. M. Le Fort donne la préférence à la laparotomie et en donne pour raison principale que, seule, cette opération peut remédier à la cause première des accidents.

M. Léon Le Fort a été appelé, au mois de juin dernier, auprès d'un jeune homme de 18 ans, atteint depuis sept jours d'un étranglement interne. En 1879, ce malade avait eu une péritonite subaiguë qui avait laissé, sans doute, des brides ou adhérences. Le malade, à la visite de M. Le Fort, le 1er juin, avait l'aspect d'un moribond : sueurs froides, pouls misérable, vomissements fécaloïdes.

Il procède à l'opération avec l'aide des docteurs Tachard et Ducor. Incision, sur la ligne blanche, de 15 centimètres ; examen successif des anses intestinales jusqu'à ce que l'on se trouvât en présence de la portion qui était le siège de l'obstruction. Vers la fosse iliaque droite se trouvait une petite tumeur formée par l'agglomération de l'intestin. Une anse intestinale s'engageait dans un trou fort étroit paraissant formé par une bride, une sorte d'anneau fibreux très résistant, formé par des adhérences organisées. Cette bride fut sectionnée et l'intestin dégagé. Il fut réduit et la plaie fermée par sept points de suture profonde et une dizaine de points de suture superficielle. Dans la nuit, selle abondante et extrêmement fétide.

Peu à peu les accidents disparurent et le malade guérit rapidement malgré un accident dû à son imprudence. La méthode dite antiseptique ne fut pas employée. Le pansement consista en compresses trempées dans l'alcool camphré.

—

M. Legouest croit devoir répondre aux observations présentées dans la dernière séance par M. Lagneau au sujet de l'hygiène de l'armée en général et des casernes en particulier.

Il n'est pas exact de dire, comme l'a fait M. Lagneau, qu'il n'est tenu aucun compte par l'administration de la guerre des observations que peuvent faire les médecins militaires sur l'hygiène des troupes. Bien au contraire, de nombreuses améliorations ont été introduites, d'après ces observations, dans l'hygiène du soldat : vaccinations et revaccinations préservatrices de la variole; progrès de l'hygiène alimentaire, soins de propreté corporelle obligatoires, loi de la statistique médicale de l'armée; construction de nouvelles casernes généralement bonnes, assez bien situées et aérées, pourvues de moyens de ventilation et suffisamment grandes pour loger l'effectif qui leur est attribué. Adoption du système de casernement Tollet consistant dans la dissémination, sur une vaste surface, de constructions isolées, n'ayant qu'un rez-de-chaussée; au lieu d'étages superposés, casernement horizontal au lieu du casernement vertical. Améliorations des anciennes casernes par l'introduction de moyens de ventilation diurne et nocturne des chambres, lavage des escaliers et des planchers, désinfection des latrines par tous les procédés, substitution des fosses mobiles aux fosses fixes; réduction de l'effectif des troupes dans les casernes, etc.

Aujourd'hui, sous la menace d'une épidémie, les hommes sont astreints à porter une ceinture de flanelle; une ration extraordinaire de vin leur est allouée; les exercices sont réduits au minimum; les casernes sont évacuées en partie, ou même en totalité, tant en province qu'à Paris.

A Paris, la caserne du Château-d'Eau a été souvent le foyer de fièvres typhoïdes, et elle reste toujours suspecte : aussi a-t-on réduit le plus possible le nombre des hommes qui l'habitent.

La caserne de l'Ecole militaire, d'installation surannée et de contenance trop grande, a en outre deux causes d'insalubrité : le remblaiement du Champ-de-Mars, l'insuffisance et le mauvais état des égouts de l'arrondissement qu'elle occupe et l'imperméabilité, dans une étendue considérable, du sous-sol composé de plâtras et de décombres.

M. Legouest partage entièrement l'avis de M. Colin, son collègue, sur l'accusation portée par certaines villes contre leurs garnisons de donner à la population civile la fièvre typhoïde. Cette accusation est erronée, et il a été constaté, à diverses reprises, que la fièvre typhoïde a sévi à la fois sur la garnison et la population civile. Au lieu de dire que la population militaire donne la fièvre typhoïde à la population civile, il faut dire que les troupes sont la pierre de touche de la salubrité des villes, parce qu'elles réunissent et condensent toutes les conditions de réceptivité du mal, conditions dissimulées dans la population civile par leur dissémination et, pour être aussi près que possible de la vérité, il convient d'admettre que les deux populations s'influencent réciproquement.

M. Legouest a demandé, il y a deux ans, que toutes les casernes soient assainies et désinfectées au moment où elles sont vides, pendant les grandes manœuvres, et cette mesure est en voie d'exécution.

Quant à la prétendue supériorité des nations étrangères sur la France, au point de vue de l'hygiène publique et privée, M. Legouest pense qu'elle ne saurait être admise sans un excès de modestie de notre part.

Il ne croit pas que tout soit parfait, mais il est malaisé de résoudre administrativement des questions médicales qui, en dernière analyse, se traduisent par des questions de finances. Les améliorations, quelles qu'elles soient, dans l'armée, comme ailleurs, sont l'œuvre du temps, de l'argent, de la persévérance et de la bonne volonté. La bonne volonté du commandement ne fait pas défaut et l'administration de la guerre, sauf sur un ou deux points qui ne sont pas en cause, n'a pas laissé que d'accéder souvent aux demandes des médecins militaires. Ils ont déjà beaucoup obtenu, et ils sont à la veille d'obtenir davantage encore, grâce à la loi du 16 mars 1882, et à sa libérale application par le ministre de la guerre actuel, pour le bien de l'armée et du pays.

M. Lagneau, répondant à M. Legouest, dit qu'il est très aise d'apprendre de la bouche de son honorable collègue, que l'administration de la guerre tient grand compte des observations du corps de santé des armées, et que celui-ci a obtenu des améliorations en ce qui concerne le régime alimentaire des soldats, les soins de la toilette, etc. En outre, la loi sur la statistique médicale de l'armée, quoique très insuffisante, peut être considérée comme un progrès.

Quant aux casernes, ce que M. Legouest en a dit confirme pleinement les observations pré-

sentées, à ce sujet, par M. Lagneau dans la dernière séance. M. Legouest reconnait, en effet, qu'elles sont dans un très mauvais état, et que l'administration cherche à les améliorer. Il y a longtemps que les médecins militaires, entre autres M. Léon Dufour, ont adressé des rapports constatant les conditions défectueuses de l'hygiène de ces établissements. M. Lagneau n'a fait que les rappeler et, ce faisant, il croit avoir rempli un devoir. Personne ne pourra nier, par exemple, qu'une caserne contenant quatre mille habitants, comme celle de l'Ecole militaire, se trouve par ce fait dans des conditions d'encombrement tout à fait fâcheuses, surtout au moment d'une épidémie de fièvre typhoïde.

Au reste, les conditions générales de l'hygiène de nos armées laissent beaucoup à désirer, et la statistique a montré que les chiffres de la mortalité dans les rangs de l'armée française est plus élevé que dans la plupart des armées des autres nations, surtout en ce qui concerne la mortalité pour la fièvre typhoïde.

M. Hérard dit qu'en apportant, dans la discussion ouverte sur la fièvre typhoïde, son contingent d'observations, il se bornera à la question de thérapeutique. Il faut, à cet égard, se tenir en garde contre des illusions trop ordinaires. Trop souvent on a rapporté l'honneur de la guérison à des médicaments qu'une expérience ultérieure a montrés dépourvus de toute action curative.

Il y a lieu de tenir grand compte, dans les épidémies, de cette influence mystérieuse que l'on a désignée sous le nom de *génie épidémique*, et qui a pour effet d'imprimer à l'ensemble un caractère particulier de bénignité ou de malignité. Ainsi que le faisait très bien remarquer M. Villemin, dans une discussion récente, il y a des épidémies dans lesquelles toutes les médications réussissent et d'autres, au contraire, dans lesquelles toutes échouent.

Le caractère de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde semble être celui d'une épidémie de moyenne intensité. M. Hérard a vu dans quelques cas se manifester la forme ataxique, il a rencontré souvent des congestions pulmonaires assez intenses, quelques cas de forme adynamique, sans avoir observé toutefois la formation de ces eschares du sacrum, autrefois si commune, et que les soins de propreté, la précaution d'alimenter les malades, l'usage des matelas d'eau, etc., ont heureusement contribué à faire disparaître.

Sur 28 malades qu'il a eu à traiter dans son service dans le courant d'octobre, M. Hérard n'a eu qu'un seul décès.

Les médications qu'il a instituées ont été multiples.

En reprenant son service au 1er octobre, M. Hérard y a trouvé une médication instituée par son remplaçant, M. le docteur Joffroy, et consistant dans l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, c'est-à-dire à la dose de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Quoique cette dose lui parût de prime abord excessive, M. Hérard, après les renseignements favorables qui lui furent donnés par M. Joffroy sur les résultats de cette médication, se décida à la continuer, en ne dépassant pas toutefois la dose de 3 grammes par jour.

Un fait l'a beaucoup frappé, à savoir la facilité avec laquelle les malades ont supporté ces doses considérables du sulfate de quinine. Ils n'éprouvaient ni douleur d'estomac ni vomissements. La céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles que l'on observe chez les typhoïdiques n'étaient pas sensiblement augmentés par les hautes doses du médicament. Il a vu, dans bon nombre de cas, la température s'abaisser, quelquefois d'une manière très rapide et dès les premiers jours, en même temps que le pouls diminuait de fréquence et que l'état général s'améliorait d'une manière notable.

Sur six malades ainsi traités, cinq ont guéri, un a succombé à des accidents ataxiques. Dès que des accidents cérébraux se manifestaient, M. Hérard cessait la médication, bien qu'il ne croie pas qu'elle ait pu être pour quelque chose dans la genèse de ces accidents.

Quoi qu'il en soit des résultats de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la fièvre typhoïde, il n'en ressort pas moins de ces expériences ce fait intéressant, à savoir que les malades supportent avec facilité des doses considérables de sulfate de quinine.

Ce fait conduit M. Hérard à se demander s'il n'y aurait pas avantage à employer cette même médication dans d'autres maladies infectieuses telles, par exemple, que la fièvre puerpérale. M. Hérard n'a eu qu'une seule occasion d'appliquer la médication quinique à haute dose (3 grammes par jour) au traitement de la fièvre puerpérale. Le cas était particulièrement grave, la température a atteint le chiffre de 41°,8; le pouls, à 114, était petit et faible, la respiration fréquente, les traits altérés; cependant le sulfate de quinine donné, dans du pain à chanter, à la dose de 3 grammes par jour, a amené, après des oscillations de bien et de mal, la guérison complète de la malade. Il y aurait, suivant M. Hérard, une étude sérieuse à faire de cette question.

Pour en revenir à la fièvre typhoïde, M. Hérard dit que, dans plusieurs autres cas qu'il a eu

à traiter, il a eu recours au traitement classique, à savoir l'emploi des purgatifs renouvelés de temps à autre, des toniques sous toutes les formes, particulièrement de l'extrait de quinquina en potion ; des lotions d'eau froide vinaigrée, trois ou quatre fois par jour, dès que la température atteignait 39°; des bains frais ou tièdes, etc. ; contre les accidents de congestion pulmonaire, application de ventouses sèches en grand nombre sur la poitrine et les membres.

Dans le cas d'agitation et de délire, usage du musc et de l'opium en potion, en lavement, ou sous forme d'injections sous-cutanées de morphine.

Dans un cas d'accidents cérébraux d'une extrême gravité, il a eu recours avec succès à l'application d'un large vésicatoire sur le cuir chevelu, préalablement rasé. Le vésicatoire était taillé en bandelettes de 3 ou 4 centimètres de largeur, pour pouvoir s'accommoder à la forme du crâne.

11 malades ont été traités par l'acide salicylique, le salicylate de soude, l'acide phénique en lavement.

L'acide salicylique a été administré à la dose progressive de 3, 4, 5 et, par exception, de 6 grammes par jour. M. Hérard n'a pas observé chez ces malades la tolérance que M. Vulpian a dit avoir rencontrée chez les siens. Plusieurs ont vomi le médicament, qui, il est vrai, était donné, dans du pain à chanter, à la dose de 50 centigrammes chaque fois, au lieu de celle de 25 à 30 centigrammes indiquée par M. Vulpian.

L'action thérapeutique de l'acide salicylique n'a pas toujours été très évidente. Dans plusieurs cas, M. Hérard n'a observé aucun phénomène appréciable ; dans d'autres, au contraire, l'action du médicament a été des plus remarquables, surtout en ce qui concerne l'abaissement de la température et celui du pouls. Dans certains cas, la guérison a été lente et entravée par des congestions thoraciques d'une grande intensité ; il a fallu recourir, contre ces états congestifs, à l'usage du seigle ergoté combiné avec l'acide salicylique et donné à la dose de 1 gramme 50 à 2 grammes par jour, suivant les indications de M. le docteur Duboué (de Pau).

L'ergot de seigle a paru réussir dans ces cas, mais M. Hérard ne pense pas que ce médicament soit applicable dans toutes les formes de la fièvre typhoïde comme le croit M. Duboué. M. Hérard n'admet pas la théorie physiologique de ce médecin distingué, qui pense que l'intoxication typhoïdique s'exerce primitivement sur le système musculaire; il n'admet pas non plus les déductions thérapeutiques tirées par M. Duboué de sa théorie physiologique. Il pense que le poison morbide agit primitivement sur le système nerveux et sur le sang, non sur le système musculaire, et que la médication doit s'adresser en principe au système nerveux et au sang, sauf à recourir au seigle ergoté dans certaines complications, comme celle de la congestion thoracique.

Quelle que soit, d'ailleurs, la médication employée, le point capital, suivant M. Hérard, est de surveiller attentivement la marche de la maladie, et de ne négliger aucune des précautions minutieuses d'hygiène et de propreté qui constituent en somme la meilleure et la plus efficace partie du traitement de la fièvre typhoïde.

M. Bourdon demande à M. Hérard si les malades auxquels il faisait prendre la dose énorme de 3 grammes de sulfate de quinine par jour prenaient en même temps des acides ; sans cela cette quantité de médicament n'aurait pu être dissoute, par conséquent absorbée, et aurait passé dans les selles.

M. Legouest a vu souvent le sulfate de quinine administré sous forme de cachets passer intact dans les garde-robes.

M. Hérard répond que le sulfate de quinine était administré dans du pain à chanter et que les malades buvaient dans la journée deux ou trois litres de limonade vineuse comme boisson ordinaire.

M. Dujardin-Beaumetz croit que le meilleur mode de traitement de la fièvre typhoïde est ce que l'on pourrait appeler l'*expectation armée.* Il a reçu dans son service 97 malades, et il a eu recours au traitement classique : purgatifs renouvelés de temps en temps, toniques, alimentation appropriée à l'état des malades dans le but de soutenir leurs forces. Il n'a pas cru devoir recourir aux méthodes nouvelles de traitement de la fièvre typhoïde, ayant eu, dans d'autres circonstances, l'occasion d'appliquer ces méthodes sans résultats satisfaisants.

Le but que les partisans des nouvelles méthodes ont cherché a atteindre a été, pour les uns, de combattre l'hyperthermie et, pour les autres, d'opérer soit la désinfection des matières fécales dans l'intestin, pour prévenir la septicémie, soit de combattre celle-ci une fois déclarée.

L'hyperthermie a été combattue par deux moyens, les bains froids et le sulfate de quinine.

La méthode de Brandt, qui a eu son temps de vogue et d'engouement, est aujourd'hui complètement abandonnée. Ses plus chauds partisans, Maurice Raynaud et M. Féréol, ont eux-

mêmes reconnu qu'elle pouvait déterminer des accidents graves de congestion pulmonaire. On a remplacé les bains froids par des moyens plus doux et moins dangereux, les lotions froides et l'enveloppement dans le drap mouillé, qui ont d'ailleurs un autre but et d'autres indications.

Quant au sulfate de quinine, M. Dujardin-Beaumetz ne croit pas qu'il puisse être donné impunément à la dose de trois grammes par jour. De deux choses l'une, ou l'absorption a lieu et alors le médicament agit comme toxique, où il ne fait que traverser l'intestin pour passer dans les garde-robes, et alors la médication est à la fois inutile et très dispendieuse, vu la cherté du sulfate de quinine. M. Dujardin-Beaumetz a du reste employé le sulfate de quinine chez un certain nombre de ses malades, et il n'a jamais obtenu l'abaissement de la température constaté par M. Hérard. Pour lui c'est une médication ou inutile ou dangereuse qu'il ne faut employer qu'avec la plus grande réserve.

D'autres médicaments ont été mis en usage par les médecins, qui avaient pour but de prévenir ou de combattre la septicémie dans la fièvre typhoïde. Parmi les principaux agents employés dans ce but, il faut citer l'acide salicylique, le salicylate de bismuth et l'acide phénique.

Contrairement à M. Vulpian, M. Dujardin-Beaumetz déclare n'avoir retiré aucun bénéfice de l'emploi de l'acide salicylique et du salicylate de bismuth. Quant à l'acide phénique, c'est, d'après lui, un médicament dangereux quand on le donne, comme le fait M. le docteur Desplats, à la dose de 50 centigrammes, 1 gramme et 2 grammes en lavement. Si le lavement est gardé, l'action toxique peut se produire. On observe, il est vrai, un abaissement considérable de la température, mais on observe également des phénomènes graves de collapsus et de congestion pulmonaire dus à l'intoxication par l'acide phénique.

On a beaucoup vanté l'emploi du charbon à haute dose pour la désinfection des matières fécales et comme antiseptique. M. Dujardin-Beaumetz a également administré cette substance sans constater, à la suite, la moindre influence sur le cours de la maladie.

Aucune de ces tentatives de traitement, au moyen des nouvelles méthodes, n'a réussi à M. Dujardin-Beaumetz; du moins, il n'a pas vu que ces médicaments nouveaux guérissent mieux que les anciens. D'ailleurs il faut bien réfléchir que, en fait de fièvre typhoïde surtout, le jugement thérapeutique est extrêmement difficile; la statistique est impossible à faire et l'on en fait une fausse application quand on l'applique à des maladies épidémiques dans lesquelles tout est, en quelque sorte, subordonné, ainsi que l'a fort bien dit M. Hérard, au *génie épidémique.*

L'épidémie actuelle semble avoir un caractère de bénignité relative; sur 97 à 98 malades, M. Dujardin-Beaumetz n'a eu que 4 morts, dont 2 ont succombé subitement et 2 autres sont morts d'érysipèle.

En résumé, jusqu'à nouvel ordre, ce qu'il y a de mieux à faire, suivant lui, comme traitement de la fièvre typhoïde, c'est la stricte observation des préceptes de l'hygiène, des soins de propreté minutieuse; c'est d'alimenter les malades, de changer fréquemment leur linge de corps et de lit.

Quant à des médicaments propres à juguler la maladie ou d'en abréger le cours, il n'en existe pas.

M. Blot ne veut faire qu'une observation relative à l'application du sulfate de quinine à haute dose, au traitement de la fièvre puerpérale, proposée par M. Hérard. Il a été témoin des résultats de ce traitement, adopté par Beau dans son service de l'hôpital Cochin, et il peut déclarer que ce médecin s'était fait de singulières illusions au sujet de l'efficacité de cette médication et de son influence favorable sur la marche de la fièvre puerpérale dans laquelle il englobait, d'ailleurs, toutes les formes d'accidents puerpéraux.

Ce qui est resté de plus net de ces tentatives dans le souvenir de M. Blot, c'est que Beau, loin de guérir la fièvre puerpérale, avait réussi à transformer tout simplement son service d'accouchements de l'hôpital Cochin en une succursale de la Salpêtrière. Toutes ses malades devenaient folles et présentaient un délire quinique d'une violence extrême. On constatait, il est vrai, l'abaissement du pouls et de la température, mais les malades mouraient comme celles qui n'avaient pas été soumises à la médication quinique. Pas plus à l'hôpital des Cliniques qu'à l'hôpital Cochin, cette médication n'a donné des résultats favorables.

M. Jules Guérin dit que ce qui semble résulter de plus clair de cette discussion, c'est que l'épidémie actuelle a été dans beaucoup de cas d'une bénignité relative, puisque, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, en particulier, il n'y a eu que quatre morts sur 98 malades. Il serait intéressant de savoir quelle a été dans tous ces cas la durée moyenne de la maladie, la durée la plus courte et la durée la plus longue; quelle a été, enfin, la durée dans les cas de guérison.

M. Dujardin-Beaumetz répond qu'il a observé dans l'épidémie actuelle des cas de fièvre typhoïde assez peu graves pour permettre aux malades de marcher et de vaquer à leurs occupations; il n'y avait pas cependant à se tromper sur le diagnostic, vu la présence des taches lenticulaires. Ces faits ont été observés en assez grand nombre.

(La discussion sera continuée.)

— La séance est levée à cinq heures.

Bulletin des décès de la ville de Paris.— Semaine du 27 octobre au 2 novembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 995. — Fièvre typhoïde, 125. — Variole, 4. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 31. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 54. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchites aiguës, 25. — Pneumonie, 41. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 43 ; au sein et mixte, 27; inconnus, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95 ; circulatoire, 50 ; respiratoire, 72 ; digestif, 60 ; génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 4. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 44e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 977 naissances et 995 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,018, 1,174, 1,111, 1,077. Le chiffre de 995 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la Fièvre typhoïde (125 décès (dont 8 militaires) au lieu de 173 (dont 8 militaires) pendant la 43e semaine.

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 4 décès par Variole (au lieu de 5) ; 7 par Rougeole (au lieu de 5) ; 4 par Coqueluche (au lieu de 7) ; 31 par Diphthérie (au lieu de 29) ; 2 par Érysipèle (au lieu de 4) ; 3 par Infection puerpérale (au lieu de 2).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Diphthérie (24 malades reçus du 23 au 29 octobre au lieu de 29 entrés pendant les 7 jours précédents), supérieur pour la Variole (29 au lieu de 8) et pour la Fièvre typhoïde (428 au lieu de 406).

Comme on vient de le voir, la décroissance du nombre des décès par Fièvre typhoïde s'est encore poursuivie pendant cette semaine. Malheureusement, il n'en a pas été de même du nombre des cas d'invasion qui, à en juger par le chiffre des malades admis dans les hôpitanx, aurait subi une faible augmentation.

Malgré cette légère recrudescence, le chiffre total des malades en traitement dans les établissements hospitaliers, qui était de 2,175 à la fin de la dernière semaine, n'est plus aujourd'hui que de 2,085.

Le quartier de *la Villette* a compté, cette semaine, 11 décès typhoïdiques ; après lui les quartiers les plus éprouvés sont ceux des *Quinze-Vingts*, de *Saint-Gervais*, de l'*Hôpital-Saint-Louis* et de la *Goutte-d'Or*.

Les quartiers de *la Roquette* et de *la Villette* ont fourni chacun 3 décès par Diphtérie et celui des *Quinze-Vingts* 2 par Variole (sur 4 pour Paris tout entier).

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Un grand malheur vient de frapper notre collaborateur et ami, M. le docteur Siredey. Sa fille, âgée de 14 ans 1/2, vient de succomber à la fièvre typhoïde. Nos lecteurs seront, comme nous, douloureusement affectés par cette triste nouvelle, et prendront part au chagrin de notre sympathique et éminent confrère.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Robin a commencé son cours d'histologie le mardi 7 novembre, à cinq heures, et le continuera les jeudis, les samedis et les mardis, suivants, à la même heure.

M. Henninger, agrégé, suppléant M. le professeur Wurtz, a commencé le cours de chimie

médicale le mardi 7 novembre, à midi, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Cadiat, professeur agrégé, a commencé le cours auxiliaire de physiologie le mardi 7 novembre, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Gariel, professeur agrégé, suppléant M. le docteur Gavarret, a commencé le cours de physique médicale le mercredi 8 novembre, à midi, dans le petit amphitéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Berger, agrégé, suppléant M. le professeur Gosselin, a commencé, à l'hôpital de la Charité, ses leçons de clinique chirurgicale, le mercredi 8 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Rendu, professeur agrégé, a commencé le cours auxiliaire de pathologie interne le mercredi 8 novembre, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaires. — M. le docteur Terrillon, agrégé à la Faculté, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le vendredi 10 novembre, à 4 heures, dans le petit amphithéâtre.

Accoucheurs des hôpitaux de Paris. — Les accoucheurs des hôpitaux de Paris nommés récemment au dernier concours viennent d'être chargés de leur service respectif : M. le docteur Budin à la Charité, M. le docteur Porak à Saint-Louis, M. le docteur Ribemont à Tenon et M. le docteur Pinard à Lariboisière.

Concours — Un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'asile public d'aliénés de Cadillac s'ouvrira à l'Institut anatomique de Saint-Côme, rue Lalande à Bordeaux, le lundi 27 novembre 1882, à midi précis.

Les étudiants en médecine munis de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans, qui désirent prendre part à ce concours, devront se faire inscrire avant le 13 novembre à l'asile de Cadillac.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux vient de se terminer par les nominations de MM. Ferrier, Biard, Sengensse, Ramey, et Phélippot comme internes titulaires, et de MM. Osché, Suzanne, Tronchet, Dignat et de Massias comme internes provisoires.

Mesures hygiéniques. — Le préfet de police vient, par une circulaire en date du 25 de ce mois et relative à la fièvre typhoïde, de prescrire aux commissaires de police les mesures suivantes: 1° toutes les fois qu'un cas de fièvre typhoïde sera signalé, distribuer aux habitants de la maison contaminée quelques exemplaires des instructions du Conseil de salubrité; 2° veiller à l'exécution des mesures de désinfection recommandées; 3° en cas d'indigence des interressés, faire les frais nécessaires pour la désinfection des locaux contaminés.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 11 novembre 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique? par M. Ch. Abadie. — 2° Du rhumatisme articulaire aigu et des lésions du cœur, par M. Duroziez. — 3° Communication, par M. Delefosse, intitulée : Quelques réflexions sur la lithotritie rapide pratiquée par M. le docteur H. Bigelow. — 4° Vote sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Bergeaud (d'Haïti).

Hôtel-Dieu. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 11 novembre, à 9 heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault.

Les jeudis, consultation avec examen au spéculum.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

MANŒUVRES DE RÉDUCTION APPLIQUÉES A UN CAS DE TRAUMATISME DU RACHIS ;

Note lue à la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 22 février 1882,

Par le docteur Fr. GUERMONPREZ (de Lille).

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie se trouve malheureusement très incomplète, puisque mon témoignage ne porte que sur les premières heures, celles qui ont immédiatement suivi l'accident.

Diverses circonstances m'ont absolument empêché de continuer personnellement l'observation du blessé. La marche de la réparation me serait inconnue sans la relation que le blessé m'en a faite. Il n'y a d'ailleurs aucun motif de douter de l'exactitude de son récit.

Pendant les trois premières semaines, cet homme s'est trouvé à l'hôpital dans un service clinique; plus tard, il a été soigné par l'intermédiaire d'une Compagnie d'assurances contre les accidents, et une exagération, une simulation surtout n'aurait guère eu de chance de passer inaperçue.

Le point le plus important est d'ailleurs celui dont je me suis trouvé personnellement témoin pendant les premières heures. C'est le seul qui soit exposé avec quelques détails dans l'observation suivante :

Le 15 janvier 1881, le couvreur L. C..., 28 ans, montait sur un toit, dans le but de faire tomber les neiges alors très abondantes et durcies par une violente gelée pendant la nuit précédente. Au moment où il conserve encore un pied sur l'échelon, alors qu'il avance l'autre sur le toit, brusquement l'échelle glisse sur la glace et l'homme tombe d'une hauteur d'environ dix mètres.

FEUILLETON

CAUSERIES.

L'ÉCOLE DENTAIRE LIBRE DE PARIS.

Je vais vous raconter, si vous le voulez bien, chers lecteurs, l'évènement capital de cette dernière quinzaine ; capital à mon point de vue, bien entendu, et, bien entendu encore, dans notre petit monde médical parisien. C'est, vous le savez sans doute déjà, la séance de réouverture de l'Ecole dentaire libre de Paris, qui eut lieu samedi dernier.

L'Ecole dentaire est de date récente ; elle ne compte que deux années, a commencé très modestement, sans noms ronflants à sa tête, avec deux ou trois anciens internes des hôpitaux dans son personnel enseignant; mais les services qu'elle a rendus sont déjà si grands, tant au point de vue pratique qu'au point de vue *moralisateur*, l'honnêteté de son but et de ses moyens a été si fort appréciée, que bon nombre de docteurs dentistes se sont ralliés à sa cause, et que la séance de samedi soir était présidée par MM. Trélat et Hérard. Ces deux noms vous disent tout de suite que si le charlatanisme a pu avoir un seul instant la pensée de se faufiler dans l'Ecole dentaire, il a dû y renoncer sans espoir de retour ; quand deux hommes dont l'honorabilité professionnelle est aussi immaculée que celle de MM. Trélat et Hérard veulent bien prêter leur concours à une œuvre, c'est que cette œuvre est sans reproche au point de vue de l'honorabilité.

Mais j'entends une voix envieuse me dire qu'on a surpris leur bonne foi.....

Dans cette chute, dont il affirme s'être rendu compte en détails, il est tombé d'abord sur les pieds, puis sur le siège, pour s'affaisser immédiatement sur une plaque de fonte recouverte de verglas.

Incapable de se relever lui-même, mais ne souffrant pas, très peu étourdi par le choc et conservant toute sa présence d'esprit, il est aussitôt assisté par d'autres ouvriers. On le transporte immédiatement au poste de secours médicaux de la gare de Fives, distant de cent mètres environ. Le blessé ne souffre aucunement de ce transport.

Là, on essaie de l'asseoir et tout aussitôt surviennent de violentes douleurs; il ne sent plus ses membres inférieurs (ce sont ses expressions); mais il éprouve d'atroces douleurs dans toute la moitié inférieure du corps, et plus spécialement au niveau de la crête du tibia, tant du côté droit que du côté gauche. Au niveau de la région lombaire existe aussi une douleur très violente, mais moins atroce toutefois que celle des membres inférieurs.

En attendant mon arrivée, on couche le blessé sur un des brancards de secours de la Compagnie du Nord; il demande avec supplication que l'on pratique de la compression au niveau de la douleur lombaire. Quand « on lui rentre le dos » (*sic*), il est soulagé. Dès que l'on cesse cette compression, la douleur reparaît violente, atroce, intolérable. C'est à ce moment, environ vingt minutes après l'accident, qu'il m'est donné de constater la situation.

Une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche indique nettement que si la chute s'est faite, d'abord sur les pieds, puis sur le siège, la main a aussi supporté l'effort du traumatisme. Cette fracture du radius s'est régulièrement terminée par la guérison après les soins ordinaires.

Mais ce n'est pas le poignet qui attire le plus l'attention. Le blessé, couché sur le dos, demeure immobile, les cuisses et les jambes demi-fléchies; il insiste sans discontinuer et demande à être soulagé de sa douleur lombaire et de celle des membres inférieurs. La douleur est telle qu'il pousse les cris les plus violents qu'il m'ait été donné d'entendre. Son faciès exprime une souffrance réellement extraordinaire. Il précise le siège de cette sensation au bas de la région lombaire d'une part et dans les jambes et les pieds d'autre part. Ce qu'il éprouve dans les membres inférieurs semble de l'arrachement, de l'écrasement, de la dilacération, sensations plus particulièrement violentes dans la partie supérieure et dans toute la crête des tibias.

Les deux membres sont examinés avec soin et dans toute leur étendue, on n'y trouve aucune altération appréciable. La sensibilité y est très diminuée à partir du genou; les mouvements ne peuvent être obtenus, le blessé souffre trop.

Autant qu'il est permis d'en juger en pareil cas, les mouvements, la sensibilité paraissent conservés dans la cuisse, surtout du côté antérieur.

On découvre en même temps une tache spermatique sur la chemise.

La région lombaire, sur laquelle une pression a déjà été exercée, ne présente aucune déformation, aucune ecchymose, aucune excoriation indiquant l'action directe du traumatisme.

— Taisez-vous, envieux et médisant, ou plutôt calomniateur! M. Trélat, pas plus que M. Hérard, ne s'était engagé à la légère; il s'était rendu compte du personnel de l'Ecole, de ses moyens d'existence, de ses travaux, de son règlement, de ses résultats, et après avoir vu que tout était correct, il avait dit à ceux qui l'invitaient à honorer de sa présence la petite cérémonie de samedi soir : « Comptez sur moi! » Et M. Trélat a tenu parole.

Il a fait mieux, il a prononcé un petit discours de vingt à vingt-cinq minutes, dans lequel il a fait l'apologie de la nouvelle Ecole. Ai-je besoin d'ajouter qu'il y a mis infiniment d'esprit? En tout cas, ce petit discours a dû chatouiller agréablement l'oreille de ceux qui se sont donné tant de mal depuis deux ans pour soutenir leur œuvre, faire des cours, examiner les élèves, et de ceux aussi, les ouvriers de la dernière heure, qui se sont ralliés récemment à l'Ecole dentaire. Qu'en dites-vous, ami David?

Permettez-moi, cher lecteur, de vous donner du discours de M. Trélat un court résumé, qui vous mettra autant que possible au courant de la situation morale de la nouvelle institution.

M. Trélat a insisté surtout sur l'organisation *impersonnelle*, démocratique en quelque sorte, de l'organisation de l'établissement; ce n'est pas l'école de M. X... ou de M. Y..., c'est l'*Ecole des dentistes*, ouverte à tous les jeunes gens de bonne volonté qui veulent apprendre à gagner honorablement leur vie. Le programme des études est complet, bien compris, l'élève qui a passé d'une manière satisfaisante ses examens définitifs peut hardiment aborder la pratique, il possède toutes les connaissances nécessaires pour faire un excellent dentiste.

Il était temps d'ailleurs de sortir des errements suivis jusqu'ici pour le recrutement de la profession ; on voyait bien en haut quelques docteurs en médecine que le hasard des circonstances avait lancés dans cette voie; mais en bas, un trop grand nombre de praticiens infimes

La palpation indique avec certitude un maximum de sensibilité au niveau de la quatrième lombaire. C'est en ce point que la pression a déterminé le soulagement. Le blessé redemande cette compression avec force supplications et sans discontinuer.

Malgré des recherches répétées, il n'a pas été possible de percevoir de mobilité anormale à ce niveau. Une fois seulement, une sensation de crépitation osseuse a été perçue, à l'aide des doigts appliqués sur le côté gauche du blessé; cette crépitation, très nette, très distincte d'une sensation de caillot, et incontestablement osseuse, n'a pas été reproduite.

Il ne m'a pas été possible de savoir si les ouvriers avaient déterminé de la crépitation en exerçant, avant mon arrivée, de fortes et tenaces pressions sur ce point du rachis encore recouvert des vêtements. Dans l'impossibilité de maintenir la compression tant réclamée par le blessé, compression dont la justification eût été difficile, ne pouvant d'ailleurs me résigner à la temporisation, je résolus d'éliminer les accidents d'origine rachidienne en essayant l'extension et la contre-extension sur la colonne vertébrale.

Ayant fait maintenir la tête au niveau des apophyses mastoïdes et les membres supérieurs au niveau des aisselles, j'exerçai moi-même des tractions sur les deux cous-de-pied. L'extension était à peine complète, et sans grands efforts, que le blessé accusait un très grand soulagement, beaucoup plus grand que pendant la pression sur le point douloureux du rachis : il était comme dans le paradis, disait-il. Aucune sensation de réduction, ni de crépitation n'avait été perçue, ni par le blessé, ni par les aides, ni par le chirurgien lui-même.

L'extension et la contre-extension relâchées progressivement, et avec une grande lenteur, les douleurs reparaissent progressivement et redeviennent tout aussi intenses que si rien n'avait été fait. Les tractions étant renouvelées, le soulagement est de nouveau obtenu; et ainsi à plusieurs reprises, l'extension du rachis donne du soulagement et son abandon laisse reparaître les atroces douleurs du blessé.

Les dernières manœuvres sont exécutées par des aides. Pendant ce temps la main du chirurgien, placée au niveau de la quatrième lombaire, ne parvient à percevoir aucune sensation anormale.

Pendant l'extension, on reconnaît aisément que le blessé reprend une allure calme qui contraste singulièrement avec le faciès endolori et les cris hurlés dont il fatigue son entourage dès qu'on le relâche; on constate avec la même facilité que, pendant l'extension, la sensibilité redevient normale dans la totalité des membres inférieurs; on constate enfin que les mouvements des orteils, et même ceux du pied sur la jambe, sont redevenus possibles; l'indication était donc bien nette : il fallait maintenir à l'état permanent l'extension et la contre-extension.

Les tentatives faites pour y parvenir, en laissant le blessé sur le dos, ne purent donner de résultat.

Le blessé fut donc couché sur le ventre, le bassin relevé à l'aide de coussins. La contre-extension fut rendue permanente, à l'aide de liens passés sous l'aisselle et fixés aux mon-

---

sortis « on ne sait d'où » : d'anciens infirmiers, qui n'étaient pas les plus maladroits; l'orateur en a même connu un qui avait préludé à l'étude de l'odontologie en cassant des pierres. Qu'est-il arrivé ? C'est que les meilleurs dentistes et les perfectionnements dans l'art dentaire nous sont venus de l'étranger; c'est du cabinet d'un dentiste américain qu'est sortie la découverte de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, et si « vous pressiez un peu vos ingénieux instruments, si perfectionnés aujourd'hui, messieurs les dentistes, ils vous diraient d'eux-mêmes leur origine étrangère ! »

Pour sortir d'un pareil état de choses, faire de bons dentistes français, nous débarrasser un peu de ce tribut trop longtemps payé aux Anglais et aux Américains, il y avait trois moyens. Assimiler l'odontologie à une autre branche de la médecine et exiger pour l'exercer le diplôme de docteur ou d'officier de santé : c'était difficile et peu pratique, car elle a son autonomie depuis deux siècles, et la forcer à y renoncer était s'exposer à se heurter contre des impossibilités. Créer des examens spéciaux et un titre spécial : ce fut l'avis de la Faculté; mais la confection des lois est lente, les législateurs se succèdent sans qu'on fasse grand'chose, et le projet de la Faculté court risque de n'être mis à exécution que dans bien des années. Restait un troisième moyen : organiser un enseignement professionnel libre; c'était le plus court et le meilleur, d'autant mieux que cette mesure n'est nullement en contradiction avec la seconde, au contraire. Si en effet le projet de la Faculté vient à être adopté, les élèves qui auront suivi pendant deux années les cours de l'Ecole des dentistes pourront se présenter avec confiance aux examens officiels.

***

Tel a été, en substance, le discours de M. Trélat. J'ai laissé à dessein de côté quelques

tants antérieurs du brancard. L'extension fut pratiquée sur les deux cous-de-pied, simultanément, à l'aide d'une bande de toile, repliée plusieurs fois, et fixée sur une traverse qui prend point d'appui sur les deux montants postérieurs du brancard.

Cette dernière bande est pourvue d'un bâton faisant garrot et permettant de maintenir l'extension pendant tout le trajet nécessaire au transport du blessé, trajet d'environ 2 kilomètres.

Soit que mes instructions, au sujet du maniement du garrot, n'aient pas été suffisamment comprises, soit que l'appareil ait été dérangé, tout le profit en est perdu vers le milieu de la route.

Placé à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. Houzé de l'Aulnoit, C... est installé sur un lit ordinaire sans que l'on renouvelle ni manœuvre de compression ni manœuvre d'extension. Il était alors environ midi, et l'accident était arrivé vers huit heures du matin. Le blessé ne cessa de crier toute la journée et pendant la nuit jusque vers deux heures du matin. A ce moment de la nuit, sans motif appréciable, la douleur diminua tellement qu'elle devint très tolérable, et ce changement se produisit en un temps relativement très court. La rétention d'urine avait nécessité le catéthérisme uréthral le 15 dans la soirée et le 16 de grand matin.

Le 16, lendemain de l'accident, à l'heure de la visite du matin, C... est couché sur le côté. On lui trouve une tumeur liquide assez volumineuse dans la partie inférieure de la région lombaire. Trois ponctions y sont pratiquées à l'aide du bistouri et donnent issue à une notable quantité de sang coagulé. Quinze jours après, ces trois plaies étaient fermées. On peut en voir actuellement des cicatrices régulières et peu étendues.

Dès le 20 ou le 22, les douleurs lombaires cessent complètement, ainsi que celles des membres inférieurs, et elles n'ont pas reparu depuis lors.

Plusieurs fois pendant les trois semaines que C... a passées à l'hôpital, on essaya de le mettre sur son séant. Il n'est pas encore complètement assis, que les douleurs lombaires se reproduisent presque aussi atroces qu'au début, il lui est impossible de rester ainsi, il faut y renoncer.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, il ne signale, comme incidents à noter, que deux ou trois purgatifs, quelques lavements et le renouvellement de l'appareil qui avait été placé primitivement pour sa fracture du radius.

Le 6 février, il est transporté dans sa famille, à Templemars; ce voyage, long de huit à dix kilomètres, est effectué dans une voiture à quatre roues et à ressorts, du type qui sert habituellement aux marchands de lait du pays. Une seule précaution est assurée; un matelas est placé sur le sol de la voiture et un oreiller de plumes sous la région lombaire. Le blessé est ainsi transporté dans le décubitus dorsal.

Ce n'est que vers la mi-mars, deux mois environ après l'accident, qu'il parvient à sup-

---

points, pour les reprendre plus spécialement, et je crois, chers lecteurs, que vous me saurez gré des renseignements que je vais vous donner encore sur cette institution que je considère, avec bien d'autres, comme éminemment utile.

N'entre pas qui veut à l'école dentaire, qui ne subsiste pourtant que par la rétribution que lui donnent ses élèves. Disons tout de suite, pour n'y plus revenir, que cette rétribution est de 600 francs pour deux ans, et que les professeurs touchent 500 francs par an, et encore j'en connais qui n'acceptent rien. Les études comprennent deux années pour ceux qui sont admis, et une année pour ceux qui veulent se préparer à l'admission. Il faut justifier alors, à l'examen d'admission, de certaines connaissances sur la langue française, l'histoire, les mathématiques, etc., qui prouvent précisément que le futur dentiste n'est pas un ancien casseur de pierres, comme celui dont parlait M. Trélat. J'insiste donc sur ce fait que le candidat n'est admis à suivre les cours professionnels de l'Ecole, qu'après avoir passé l'examen d'admission d'une manière satisfaisante. J'en sais un, entre autres, qui a été refusé d'une singulière manière. C'était un jeune américain; interrogé sur l'histoire, il répond qu'il ne connait pas l'histoire de France.

— Alors, Monsieur, reprend l'examinateur, je vous interrogerai sur un point de votre histoire qui touche de près la nôtre. Veuillez me dire à quelle époque eut lieu le Congrès dans lequel fut proclamée l'indépendance des Etats-Unis. — En 1860. — Je crois, Monsieur, que vous voulez parler de la guerre de la sécession, mais je vous parle, moi, de la guerre de l'indépendance. Veuillez me dire le nom des généraux français qui ont combattu avec les américains pendant cette guerre. — Voltaire. » C'est tout ce qu'on put tirer de ce malheureux, lequel fut refusé à l'unanimité.

Vous conviendrez avec moi, n'est-il pas vrai, qu'un peu de sévérité aux examens d'admis-

porter la station assise pendant quelques instants. Vers la même époque, il commence à marcher à l'aide de béquilles.

En avril, trois mois après l'accident, il commence à quitter les béquilles et marche en se servant de deux cannes.

Ce n'est qu'à la fin de juin, cinq mois et demi après l'accident, qu'il peut marcher sans aucun secours.

Au commencement d'août, il reprend le travail, comme cantonnier auxiliaire au service de la Compagnie du Nord, et, depuis cette époque, il n'a pas cessé ses pénibles fonctions.

On l'a vu charger de la terre, décharger des scories du laitier, faire tout le service de l'entretien de la voie ferrée pendant la durée des journées ordinaires de travail.

Sans vouloir préciser la nature et surtout l'étendue des lésions dans ce cas, il semble permis d'affirmer l'existence d'une lésion traumatique des nerfs de la queue de cheval.

Bien des critiques ont été opposées aux manœuvres de réduction dans les cas de lésions traumatiques du rachis.

Sans revenir sur mon observation de 1873 et sur bien d'autres faits analogues, je crois pouvoir conclure du fait précédent que, dans les cas de lésions traumatiques des centres nerveux rachidiens :

1°. Il peut y avoir avantage à exercer des manœuvres sur le point indiqué du rachis, tant par pression directe que par extension et contre-extension;

2° Si ces manœuvres sont abandonnées prématurément, il peut n'en résulter aucunes conséquences fâcheuses.

Donc les manœuvres de réduction peuvent être conseillées, à tout le moins avec les réserves que comporte la prudence, pour combattre les troubles consécutifs des traumatismes exercés sur le rachis ou sur le centre nerveux médullaire (1).

(1) M. le docteur Terrier a présenté un rapport verbal sur ce sujet à la *Société de chirurgie* le 18 octobre. Le rapporteur adopte les conclusions qui précèdent, moyennant deux conditions : que la pression procure un soulagement immédiat et que l'extension et la contre-extension soient pratiquées avec douceur.

---

sion n'est pas fait pour nuire à la moralité de l'Ecole et de ses élèves. Les examens de sortie ne sont pas moins sévères, et le diplôme de dentiste n'est donné qu'à ceux qui le méritent par un travail assidu pendant deux années sur les notions élémentaires de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie, et surtout les opérations dentaires.



Il est une épreuve que M. Trélat a jugée inutile, et sur ce point nous partageons entièrement son avis : c'est la thèse. Vous savez tous comme moi, que la plupart des thèses de la Faculté de médecine sont faites par d'autres que les signataires, et que leur valeur n'est pas toujours grande. Cependant cette thèse est faite par des gens instruits, des doubles-bacheliers. Quelle sera la thèse des élèves de l'*Ecole des dentistes*, écrite par des jeunes gens qui n'ont qu'une instruction modeste, et qui sauront se servir beaucoup mieux de leurs instruments que d'une plume ? N'est pas écrivain qui veut, je l'ai déjà dit dans une de mes précédentes *Causeries*. Le regretté Broca, un jour de mauvaise humeur, avait proposé de remplacer la thèse de doctorat par une épreuve d'équitation, pensant avec raison que les médecins de campagne ont plus besoin de savoir se tenir solidement sur un cheval, que d'écrire correctement. M. Trélat, de son côté, pense qu'il vaudrait mieux remplacer la thèse de dentiste par une épreuve pratique ayant pour sujet une opération professionnelle. Il a aussi proposé de créer un ou plusieurs prix, des médailles, qu'on décernerait aux élèves qui auraient présenté le meilleur mémoire dans les trois années qui suivraient la sortie de l'Ecole. Ce serait un excellent moyen d'exciter une sérieuse émulation entre les jeunes dentistes et de les classer en quelque sorte au point de vue scientifique. Une récompense plus sonnante ne tarderait pas à arriver aux

LE SERVICE DE SANTÉ ANGLAIS EN ÉGYPTE (1).

V

Il paraît bien que l'organisation de l'hôpital-base d'Ismaïlia, dans le palais khédival, a été des plus laborieuses, à en juger par les récriminations et accusations de tout genre, dont la presse politique elle-même s'est faite l'écho. C'est à ce point que, sous la pression de l'opinion, le ministre de la guerre Childers a dû prescrire une enquête, dont le premier résultat a été de réduire à néant bon nombre des exagérations auxquelles donne généralement lieu l'exploitation de ce thème facile. Mais il en ressort aussi incontestablement que ce service a été réellement en souffrance et que de graves responsabilités ont été encourues. En transportant précipitamment la base d'opérations d'Alexandrie à Ismaïlia, le commandement se vit contraint, par nécessité majeure, de sacrifier les services auxiliaires. La 3e ambulance mobile, débarquée avec les premières troupes, prit possession du palais jusqu'à l'arrivée du *Carthage*, qui, après s'être fait longtemps attendre, n'apporta malheureusement qu'un matériel incomplet; et comme elle dut immédiatement prendre la campagne à la suite de l'armée, il y eut un interrègne pénible à traverser : absence de lits, de couvertures, de matelas; manque de médicaments, difficulté des approvisionnements, personnel subalterne insuffisant, etc. On est allé jusqu'à avancer qu'une désarticulation de l'épaule avait dû être pratiquée sur un Life-guard, sans endormir le patient, faute de chloroforme. Mais le médecin en chef d'Ismaïlia, Veale, déjà rentré en Angleterre, *invalidé* pour dysenterie, s'est trouvé à point nommé pour démentir le fait. Quant à la médiocrité et à la rareté de la viande, à la mauvaise qualité du pain, on n'ignore pas que la fourniture de toutes les denrées rentre dans les attributions du commissariat seul. Mais au total, il faut penser que le désarroi des services administratifs, qui est un fait réel, au début du moins de la seconde phase des opérations, dévoile un de ces « côtés faibles de l'organisation anglaise » signalés en propres termes par M. Childers dans son rapport du 23 octobre.

Tout était à créer dans le palais khédival, qui n'offrait absolument aux premiers occupants que les vastes développements de ses murs nus et de ses parquets déserts. Quatre water-closets étaient affectés à tout l'édifice, alimentés d'eau, en temps ordinaire, par un réservoir situé sur la terrasse supérieure. Mais l'eau faisant défaut, il fallut renoncer à s'en servir. Des latrines avaient donc été creusées dans les jardins, la désinfection des selles se faisant au moyen de la terre sèche. Avec l'arrivée de nombreux dysentériques, on essaya de pratiquer cette désinfection dans les salles mêmes, en réservant quelques sièges aux grands malades. Mais l'odeur était intolérable. Le capitaine du génie Gordon eut l'idée d'utiliser un lot de vieilles brouettes ramassées à Ismaïlia; une adaptation très simple, le coffre relevé, un siège entre les brancards, résolut le problème d'une façon très satisfaisante. L'idée originale des latrines-brouettes

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 16, 26 septembre et 10 octobre.

---

lauréats, car la clientèle suivrait bien vite la voie que lui indiquerait le verdict du jury des concours.

Et cette clientèle est nombreuse; car, ainsi que l'a fait spirituellement remarquer M. Trélat, « chaque personne que vous voyez passer représente à elle seule une trentaine de clients ! »

* * *

Les élèves dentistes ne seront pas seuls à bénéficier de l'institution nouvelle. La profession ne comprendra plus, dans un certain nombre d'années, que des praticiens sortis de l'Ecole dentaire, et son niveau moral s'en trouvera considérablement élevé. Si les dentistes font encore une classe à part dans l'art de guérir, ils n'en seront pas moins les collaborateurs, *admis* et *reçus*, des chirurgiens; ce ne sera plus à titre d'exception honorable qu'ils entreront officiellement en rapport avec les chirurgiens des hôpitaux, mais tout élève de l'Ecole dentaire pourra rendre des services à ceux-ci dans les réparations des pertes de substance consécutives aux opérations pratiquées sur les parois de la cavité buccale.

L'éclosion de cette nouvelle couche de dentistes fera disparaître du même coup bon nombre de ces industriels dont le seul mérite professionnel est d'avoir accroché à leur balcon une affiche en lettres dorées de 50 centimètres de hauteur, indiquant qu'ils sont Mn DENTISTE.

A propos, savez-vous, chers lecteurs, ce que veut dire cet Mn placé avant DENTISTE ? Vous croyez probablement que cela veut dire *Médecin*. Eh bien, pas du tout. Il n'y a pas longtemps que je sais le fin mot et je vais vous le dire : Mn signifie *Mécanicien* et non *Médecin*, comme il en a la prétention. C'est la première et la dernière lettre des deux mots, et on pourrait aisément s'y tromper. Ce qui n'empêche pas qu'il y ait de bons mécaniciens dentistes.

qui permettent d'enlever les matières aussi fréquemment qu'il est nécessaire, et avec la plus grande facilité, mérite d'être conservée.

L'eau du canal d'eau douce étant impropre à l'alimentation, les bateaux à quai durent distraire de leurs citernes 200 gallons gar jour. Le *Carthage* et les autres transports ont également fourni la glace à l'hôpital jusqu'à ce que la machine à glace, arrivée d'Angleterre, pût fournir ses 200 livres par jour.

Le palais ne fournissait de place que pour 200 lits; des tentes furent donc dressées dans le parc, partout où on trouvait quelque espace à l'ombre des Eucalyptus, des Figuiers et des Tamarins. La cuisine, très exiguë, limitait bien malheureusement la variété des préparations: on dut renoncer aux viandes rôties.

Le personnel de f'Army medical Corps, assisté de quelques indigènes, ayant à faire face aux nécessités de l'installation et à donner des soins aux malades, dont le nombre croissait tous les jours, était exténué. En attendant l'arrivée des *nurses* annoncées d'Angleterre, le vice-consul français d'Ismaïlia offrit les bons services des sœurs de charité, émigrées du Caire, qui furent acceptées avec empressement. Nos bonnes sœurs, qui représentent toute la coopération française dans la guerre actuelle, ont été comme toujours, au chevet des malades et des blessés anglais, admirables d'intelligente activité et de dévouement. Elles ont été relevées de leurs fonctions à l'arrivée de miss Caulfield, avec tout un personnel de garde-malades anglaises.

A la date du 12 septembre, on comptait déjà à l'hôpital d'Ismaïlia, près de 1,000 admissions. Du 24 août au 7 septembre, la moyenne quotidienne des admissions était de 62; au 13 septembre, le chiffre s'élevait à 146, c'est-à-dire un pour cent de l'effectif, proportion fort respectable, car à ce taux, en trois mois, toute l'armée aurait passé par l'hôpital. De nombreuses évacuations étaient faites journellement pour éviter l'encombrement. Le 6 septembre, un seul bateau emmenait 400 malades à Malte; 400 autres restaient en traitement. Le 18 septembre, l'*Orontes* embarquait 19 officiers et 167 hommes malades et blessés de l'armée de terre : 1 officier et 29 hommes de la marine. Il faisait escale à Malte le 23. A Gibraltar, le médecin en chef télégraphiait en Angleterre la liste de ses malades, qui paraissait le 31 septembre dans le *Daily News*. En mer, il y avait un décès par dysenterie. A l'arrivée à Portsmouth, les blessés de la guerre ont été transportés à Netley; ceux de la marine, dans de très médiocres conditions, à Haslar.

Les principales maladies signalées sont : la diarrhée, la dysenterie, la congestion hépatique, la malaria, le coup de chaleur, la fièvre typhoïde. Aucun cas de choléra n'est mentionné. Il y a peu d'ophthalmies, et aucun cas grave. La *fièvre ardente*, coup de chaleur à forme hyperthermique, sans détermination bien connue depuis les travaux de Wood et d'autres, est à ajouter à cette liste. Les coups de chaleur de toutes formes sont d'ailleurs très nombreux, mais sans grande gravité; la douche froide et la glace forment la base du traitement. La correspondance du *British medical Journal* envoie neuf observations détaillées de malades soignés à Ismaïlia, se rapportant à la malaria et à la fièvre typhoïde. On croit

---

Il est certain que du moment où on aura la possibilité de devenir à peu de frais un bon dentiste en deux années d'études, ceux qui ont du goût pour la profession n'hésiteront pas à en passer par là. Il est certain encore que les clients, du moment où il sauront qu'on fait de bons dentistes et que ceux-ci doivent posséder un diplôme de la Faculté ou de l'Ecole dentaire, n'iront plus que rarement se fourvoyer dans ces officines où ils sont exposés à laisser avec leur argent un morceau de leur mâchoire ou une dent saine, sans parler des méfaits du *protoxyde* et de l'acide arsénieux maniés par des ignorants.

***

Et le corps enseignant? Ici la question devient délicate. Si les élèves qui sortiront de l'Ecole dentaire sont des praticiens honorables, instruits, habiles, je pense, dans ma simplicité, que ceux qui les auront formés ne laisseront rien à désirer sous le rapport de l'honorabilité, de l'instruction et de l'habileté. Je pense encore qu'un jour viendra, où le projet de la Faculté de médecine, touchant la réorganisation des études pour les dentistes, sera adopté.

Ceci n'est pas précisément un rêve de mon imagination. J'entendais dire autour de moi que tel ancien interne des hôpitaux, que tel ancien chef de clinique d'un grand praticien, élève honorablement connu déjà par ses travaux scientifiques, pourraient bien arriver plus haut qu'on ne pense; que leur passage à l'Ecole dentaire serait une excellente préparation au professorat, et que si les titres des candidats étaient évalués d'après les services rendus, on ne leur rendrait que justice en changeant leur situation officieuse en situation officielle. Je ne puis que m'associer à ces vœux.

SIMPLISSIME.

reconnaître que les jeunes soldats ne sont pas plus sensiblement atteints que les vétérans ; c'est du moins ce qui résulte d'une petite statistique publiée par le même journal.

C'est l'ipéca qui donne les meilleurs résultats dans le traitement de la dysenterie; il ne doit pas être continué longtemps. Aussitôt que le sang a disparu des selles, on se trouve mieux de l'emploi du perchlorure de fer.

A Alexandrie, d'après des renseignements correspondant aux mêmes dates, on comptait à l'hôpital-base 162 malades, c'est-à-dire 5 pour 100 de l'effectif : 34 fièvres continues et à paroxysme; 32 maladies vénériennes, 44 diarrhées et dysenteries, 9 maladies des voies urinaires ; 1 blessé seulement. Les troupes sont logées dans des conditions déplorables, surtout à la caserne de Zaptieh. On attendait l'arrivée de lady Strangford, avec ses garde-malades, qui se proposait spécialement l'assistance des blessés égyptiens. Elle a dû débarquer peu après la cessation des hostilités. Très peu de malades dans la population civile : quelques fièvres typhoïdes et rémittentes bilieuses. L'élévation du médecin français Dutrieux aux honneurs de *bey*, par le khédive désireux de récompenser les services rendus pendant le bombardement, a soulevé tout un orage de mesquines jalousies.

Le médecin en chef sur le terrain de Tell-el-Kébir a signalé, dans son rapport sur cette journée, 15 officiers blessés et 245 soldats. Le bilan de la même journée, pour le 3e field-hospital est : 200 blessés reçus, dont 8 officiers; 2 amputations; 20 extractions de balles; 7 morts. Cette troisième ambulance a reçu, comme on voit, la presque totalité des blessés ; en d'autres circonstances encore, il n'est parlé que d'elle. Serait-elle seule à tenir la campagne ? Il faut remarquer qu'on l'a déjà dédoublée et qu'elle n'a que 25 tentes au lieu du chiffre réglementaire de 50.

L'antiseptie est pratiquée sur le champ de bataille même : application d'iodoforme, protective, lint borique et gaze phéniquée. Les petites blessures guérissent avec la plus grande facilité; mais, dès à présent, les grandes opérations ne donnent guère, comme toujours en campagne, de résultats favorables.

Les Egyptiens sont armés de fusils Remington, dont la balle est relativement petite. On sait que la transformation de l'armement de l'infanterie s'opère de nos jours dans le sens d'une diminution du calibre des armes et du perfectionnement du mécanisme de la répétition. Ces deux termes sont, dans une certaine mesure, en raison inverse l'un de l'autre; si la rapidité du tir met rapidement hors de combat un nombre considérable d'hommes, les blessures plus limitées, plus nettes, ont une bien moindre gravité. Les expériences récemment faites à Zurich par Hebler, avec un fusil prussien Mauser, dont la balle est réduite à 12 grammes au lieu de 25, confirment cette appréciation. Il y a là, en somme, un progrès humanitaire; les Anglais en font en ce moment l'heureuse épreuve.

Les Égyptiens ont au contraire fait des pertes énormes. Du 14 au 17 septembre, 534 blessés indigènes sont venus réclamer des soins ou ont été apportés à la station de Tell-el-Kebir ; 27 opérations chirurgicales ont été pratiquées; 202 pouvaient être renvoyés chez eux, et le reste était emmené au Caire par trains spéciaux, sous la surveillance de médecins indigènes.

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 novembre 1882. — Présidence de M. Blanchard.

M. Dumas mentionne une note de M. Gal sur un phénomène qui jusqu'à présent a été mal étudié. Si l'on met de l'alcool dans une poche membraneuse, dans une vessie, par exemple, et qu'on suspende le tout à l'air libre, l'alcool se concentre. Le fait avait été vu par Sœmmering, qui l'avait rapporté aux propriétés des tissus membraneux, et qui, d'ailleurs, l'avait incomplètement observé. Voici, en réalité, comment les choses se passent : Lorsque la vessie, remplie d'alcool, est exposée à l'air sec, l'alcool se concentre; mais si, au contraire, l'air est humide, l'alcool, au lieu de se concentrer, perd de sa force et s'étend d'eau. Dans le premier cas, la membrane laisse passer l'eau de dedans en dehors, à la suite de ce que Henri Deville a appelé la dissociation; dans le second, l'eau pénètre du dehors en dedans.

M. de Lesseps donne lecture d'une assez longue lettre, très détaillée et relative aux secousses de tremblement de terre qui ont été ressenties le 6 septembre dernier à l'isthme de Panama.

M. Peligot fait hommage à l'Académie du dernier ouvrage qu'il vient de publier, et qui a pour titre : *Traité de chimie appliquée à l'agriculture.*

M. Max. Cornu lit une note sur les raies telluriques du spectre. Selon que le soleil est

examiné au spectroscope alors qu'il est près de l'horizon, ou bien au milieu de sa course, on observe certaines raies frangées très apparentes dans le premier cas, à peine visibles, ou même complètement invisibles dans le second. Ces raies doivent être rapportées à la présence de la vapeur d'eau dans l'atmosphère terrestre, ainsi que l'avait indiqué M. Janssen.

M. Lacaze-Duthiers dépose sur le bureau une note de M. Hook concernant les organes de la reproduction chez les huîtres. Cette note confirme ce qu'avait dit à ce sujet M. Lacaze-Duthiers, à savoir que l'huître est hermaphrodite, mais qu'elle est tantôt plus mâle et tantôt plus femelle. Les observations de M. Hook ont été faites à Berg-op-Zom. A ce propos, M. Lacaze-Duthiers regrette que la France n'ait pas, à l'exemple de la Hollande, une station maritime nomade, c'est-à-dire un mobilier de laboratoire qu'on puisse, à volonté, transporter facilement sur tous les points des côtes où il serait nécessaire d'étudier.

Le même académicien dépose encore sur le bureau une note de M. Joyeux Laffini (?) relative au venin du scorpion.

M. Vulpian, au nom de M. Feltz, professeur à la Faculté de Nancy, présente un mémoire sur le rôle des vers de terre eu égard à la propagation des affections charbonneuses. M. Feltz, qui avait nié d'abord, avec d'autres observateurs, les théories de M. Pasteur à ce sujet, a fait des expériences dont le résultat lui a montré qu'il était lui-même dans l'erreur, et que M. Pasteur avait raison. Il a semé des bactéridies sur de la terre en pots; puis il a mis dans ces pots des vers qui se sont enfoncés dans la terre. Il a repris ensuite ceux-ci, les a lavés soigneusement et avec les matières que contenaient ces vers, il a inoculé des cobayes qui sont tous morts du charbon. Les eaux de lavage, inoculées à leur tour, n'ont rien produit.

Les vers desséchés et pulvérisés ont transmis la maladie comme les vers vivants. De plus, le virus charbonneux provenant de ces vers, atténué par des cultures successives et graduées, est devenu, comme l'avait annoncé M. Pasteur, un véritable vaccin. Quand le virus, par exemple, ne tue plus que 5 cobayes ou lapins sur 7, il est absolument préservatif pour les moutons.

M. Faye donne lecture d'une lettre de M. Hirn dans laquelle ce dernier, examinant les opinions de M. Siemens sur le milieu interstellaire, avance que si ce milieu existait, il faudrait, pour que la Terre conservât son atmosphère malgré son mouvement de translation, que la densité du milieu fut exprimée par une fraction représentée par 1, précédé de douze zéros, la densité de l'air étant prise pour unité. Il est difficile de se faire une idée d'une pareille raréfaction.

M. Bouley dépose sur le bureau : 1° Une note de M. Burcq sur l'innocuité dont paraissent jouir, à l'égard du choléra, les ouvriers qui travaillent le cuivre.

Partant de là, M. Burcq voudrait que les baraquements que fait en ce moment élever l'Administration de l'Assistance publique, dans divers hôpitaux et hospices de Paris, fussent construits avec des bois imprégnés, injectés de sels de cuivre; 2° Un volume de M. Vallin, professeur au Val-de-Grâce; ce volume a pour titre : *Traité des désinfectants*. C'est, dit M. Bouley, l'expression des derniers progrès de la biologie au sujet des maladies contagieuses; il n'aurait pas pu être écrit il y a dix ans. On doit le considérer comme l'étude aussi complète que possible des agents susceptibles de tuer les éléments vivants de la contagion. (Renvoyé à la commission des prix de médecine et de chirurgie); 3° Un mémoire sur le tatouage, par M. le professeur Lacassagne, de Lyon.

M. Debray dépose sur le bureau une note relative à la coagulation du sang dans les abattoirs, au moyen du sulfate de fer acide. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du danger d'administrer un agent anesthésique pendant ou immédiatement après des doses répétées de morphine. — Les inconvénients de la chloroformisation à la suite d'injections hypodermiques de morphine, surtout quand celle-ci est donnée depuis longtemps où à forte dose, ont été plusieurs fois déjà signalés. M. Verneuil a rappelé encore, au Congrès de la Rochelle, les dangers de l'administration du chloroforme chez les morphiomanes.

Ces dangers ressortent clairement d'une observation publiée par le docteur Mac-Kennon dans le *New-York medical Record* du 29 juillet dernier, p. 140. L'auteur, pour soulager les douleurs causées par les coliques néphrétiques, donna d'abord par la peau 1 centig. 1/2 de morphine, puis le chloroforme; une demi-heure après, il donna encore par la bouche 1 centigramme 1/2 de morphine, et continua l'inhalation de choloroforme sans presque la cesser; vingt minutes plus tard, 1 centig. de morphine et 1 millig. d'atropine. Alors phénomènes de narcotisme dont le malade sortit difficilement.

Dans le numéro du 2 septembre du même journal, nous trouvons un autre fait du même

genre. L'auteur pense que les accidents ne furent pas causés dans le cas précédent, par l'administration de la morphine, mais plutôt par les inhalations de chloroforme administrées pendant qu'on donnait de la morphine. A ce propos, l'auteur rapporte l'observation suivante :

J'eus autrefois à soigner une femme atteinte d'atroces coliques utérines, sans règles ni grossesse concomitantes. Dans ce cas, elle avait pris une heure avant mon arrivée vingt gouttes de teinture d'opium. Comme ses souffrances étaient malgré cela très fortes, je lui injectai par la méthode hypodermique 2 centig. de sulfate de morphine. J'attendis une demi-heure, et étonné de voir que ses douleurs ne diminuaient pas, j'injectai de nouveau 1 centig. 1/2. Il n'y eut pas davantage de rémission. Un bain de siège chaud fut également infructueux. J'attendis une heure, et comme ses souffrances paraissaient presque intolérables, je lui administrai 3 centig. d'une solution fraîche de sulfate de morphine. Une demi-heure après, elle souffrait encore autant; on lui fit une nouvelle injection de 3 centig. mais sans résultat.

Dans l'espace de trois heures, elle avait reçu environ 13 centig. de morphine.

Le seul moyen qui me restait, pour apporter un soulagement prompt et urgent, c'était d'abolir la perception. J'avais un peu d'éther sous la main, j'en versai environ 4 grammes sur une petite compresse et je le lui mis sous le nez.

Au bout d'une minute, elle cessa de se plaindre : j'enlevai la compresse. Une minute après, elle donnait de nouveau des signes de douleurs, et je replaçai alors la compresse après avoir ajouté environ 2 grammes d'éther. Je l'observais de près, ayant le doigt sur son pouls; bientôt, voyant son visage changer d'expression, je crus nécessaire de la secouer légèrement et je lui adressai la parole. Elle ne me répondit pas.

Tout à coup, sa figure devint d'une pâleur livide. Le danger était imminent et manifeste. En la frappant vigoureusement du plat de la main, et en lui jetant de l'eau sur le visage, j'obtins une faible réponse et finalement le retour à la sensibilité.

En deux heures, elle fut hors de danger, ce dont je ne fus pas médiocrement satisfait. Deux injections hypodermiques de sulfate d'atropine faites, la première tout de suite avec 8 milligrammes, et la seconde, peu après, de 1 milligramme, m'ont rendu un service incontestable.

Même après un narcotisme si intense, la névralgie utérine persista, un peu moins forte peut-être. Elle fut définitivement guérie par l'administration de l'hydrate de chloral et du bromure de potassium.

Ce fut pour moi une leçon que je n'oublierai jamais, et je crois que le cas du docteur Mac-Kennon doit servir aussi d'enseignement.

Dans les deux cas, sans l'usage de l'agent anesthésique, je ne crois pas qu'on eût observé d'effets toxiques. L'explication que je propose est la suivante : ou bien les agents anesthésiques rendent l'économie bien plus susceptible à l'action de la morphine, ou bien l'anesthésie elle-même prive le sujet de sa résistance ordinaire aux agents toxiques ou à toute autre influence dépressive.

Quelle que soit l'explication, l'effet produit est le même.

Il serait intéressant d'avoir de nouvelles observations sur ce sujet. (*New-York med. Record,* 2 septembre 1882, p. 274.) — P.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront prochainement sous la direction de M. le professeur Cornil et de M. Gombault, chef des travaux.

Sont admis : MM. les élèves pourvus de douze inscriptions au moins et qui prendront la treizième du 10 au 18 novembre.

Allocations extraordinaires au personnel des hôpitaux. — M. le directeur de l'Assistance publique vient d'adresser à MM. les directeurs des hôpitaux généraux une lettre relative à des allocations extraordinaires au personnel des hôpitaux où sont traités les typhiques : nous en détachons le passage suivant :

« Depuis l'apparition de l'épidémie typhoïque à Paris, l'Administration n'a rien négligé pour améliorer, dans la mesure du possible, le régime alimentaire de nos services hospitaliers, et MM. les médecins des hôpitaux ont pu délivrer aux malades toutes les prescriptions extraordinaires que comportait la situation.

Mais il importe aussi d'améliorer le régime du personnel de nos établissements où sont traités les typhiques, en lui attribuant, d'après les exigences du service, du vin de quinquina, du café, des boissons toniques et des suppléments de viande et de vin.

Il y a lieu également de délivrer aux élèves internes et stagiaires attachés à ces mêmes

services, quelques allocations de vivres, — avant leur entrée dans les salles, — telles que bouillon ou lait, vin, café ou thé au rhum.

L'élève de garde pourrait recevoir, pour la nuit, du bouillon, du vin, ou, dans le cas où il le préfèrerait, du thé avec du rhum.

Les employés de bureau chargés d'un service extraordinaire ou de la réception des malades auront également droit à ces allocations extraordinaires, ainsi que les journaliers attachés au service de la buanderie. »

Le doctorat en médecine dans les écoles de plein exercice. — M. le Ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire par laquelle il rappelle l'objet du décret du 23 juillet 1882 relatif au doctorat en médecine dans les écoles de plein exercice.

En voici les principales dispositions :

A l'avenir les élèves des écoles de plein exercice qui ne voudraient pas se soumettre aux prescriptions de l'article 4 du décret du 20 juin 1878, exigeant que le premier examen et les deux parties du deuxième examen probatoire du doctorat en médecine soient subis pendant le cours de la scolarité, auront la faculté de ne les passer qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études. De la sorte lesdits élèves pourront faire leurs études complètes avant de se rendre à la Faculté pour postuler le diplôme ; mais ils seront astreints, durant cette période scolaire à des interrogations semestrielles dont le résultat sera transmis aux Facultés pour qu'il en soit tenu compte aux examens de doctorat.

Aux termes du dernier paragraphe du décret du 23 juillet 1882, les élèves de cette catégorie doivent subir leur premier examen à la session de novembre, et en cas d'échec, ils restent soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions.

En permettant aux étudiants de subir la première partie du deuxième examen probatoire après la dixième et avant la douzième inscription, on leur laissait, en effet, la faculté de ne consacrer que trois trimestres à l'étude de l'anatomie. Le nouveau règlement a pour but d'astreindre les étudiants à consacrer une année entière à cette partie obligatoire de leurs études en reportant, après l'expiration du dixième trimestre, l'époque où ils doivent subir la première partie du deuxième examen.

Création d'une Commission d'hygiène hospitalière. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, considérant que des questions importantes intéressant l'hygiène hospitalière — création de services d'isolement, construction d'hôpitaux et hospices, ventilations, chauffage, éclairage, services balnéaires et hydrothérapiques, services des cabinets d'aisances, nettoyage et désinfection des bâtiments et du matériel, — s'imposent chaque jour à l'attention de l'Administration et réclament d'urgence des solutions pratiques ;

Qu'il est utile, à cet effet, de recourir aux connaissances des hommes compétents auxquels est confiée la direction des services des hôpitaux et hospices, arrête :

Art. 1er. — Une commission, prise dans le sein du corps médical des hôpitaux, est instituée pour donner son avis sur toutes les questions d'hygiène hospitalière et sur les améliorations à introduire dans les divers services des hôpitaux et des hospices.

Art. 2. — Cette commission sera présidée par le directeur de l'Administration. Elle comprendra : 1° le médecin et le chirurgien représentant au Conseil de surveillance le corps médical des hôpitaux ; 2° trois médecins, dont un médecin chargé d'un service d'enfants, désignés au choix de l'Administration par les médecins des hôpitaux ; 3° deux chirurgiens désignés également au choix de l'Administration par les chirurgiens des hôpitaux ; 4° le chef du service d'accouchement de la Maternité ; 5° le directeur de la Pharmacie centrale, le secrétaire général, un inspecteur de l'Administration.

Art. 3. — La commission se réunira au chef-lieu de l'Administration.

Par un second arrêté, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a nommé membres de la Commission d'hygiène hospitalière : MM. les docteurs Moutard-Martin, médecin à l'Hôtel-Dieu, membre du Conseil de surveillance ; Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, membre du Conseil de surveillance ; Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; Trélat, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker ; Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon ; Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité ; MM. Baudrimont, professeur à l'Ecole de pharmacie, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux ; Brelet, secrétaire général de l'Administration ; d'Écherac, inspecteur de l'Administration ; Groux, chef du bureau du personnel du service de santé.

Un nouvel hôpital. — M. Moïana, décédé le 27 décembre 1876, avait légué par son tes-

tament, à la ville de Paris, une somme d'un million, destinée à la création d'un hôpital. Le legs fut accepté par le Conseil municipal, le 31 juillet 1877. Il a été décidé que l'hôpital Moïana serait élevé en façade sur le boulevard Diderot. Il doit renfermer 80 lits. Il comprendra un pavillon central pour les services et deux ailes formant les salles occupées par les malades. Des caves seront placées sous le pavillon central. Celui-ci comprendra : vestibule, office, salle de bains, cabinets d'aisance, cabinet pour la surveillante et pour le médecin, salon de réunion pour les malades. A chaque étage, il y aura deux salles de malades de 20 lits chacune, d'une capacité de 37 mètres cubes d'air par malade. Les travaux vont commencer dans quelques jours.

Faculté de médecine de Paris. — M. le Doyen recevra désormais les élèves, dans son cabinet, le mercredi et le samedi, à quatre heures.

— Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient de commander pour l'Institut, entre autres bustes, celui de notre regrétté maître Bouillaud, décédé au mois d'octobre de l'année dernière.

Nécrologie. — Le docteur Adolphe Masson, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Didier (Vaucluse), vient de mourir à l'âge de 52 ans. Notre confrère avait été, pendant plusieurs années, médecin de l'hôpital de Carpentras et maire de cette ville.

— Le docteur Séguret, de Rodez, est mort le 20 octobre à l'âge de 63 ans. Il était médecin de l'Hôtel-Dieu et du chemin de fer et avait été conseiller général de l'Aveyron.

Le choléra en Cochinchine. — Le *Journal officiel* publie la note suivante datée de Saigon, 1er septembre :

Une grave épidémie de choléra sévit en Chochinchine ; elle semble ménager les Européens, car on ne cite que trois décès parmi ces derniers, alors que dix mille indigènes ont déjà succombé. L'administration française fait admirablement son devoir, et le dévouement montré par ses agents produit sur les indigènes le meilleur effet et le plus utile à notre influence.

C'est la première fois que les ravages sont sérieusement combattus et les Annamites éprouvent une véritable surprise en voyant nos fonctionnaires, qu'ils étaient disposés à considérer comme des maîtres exigeants, braver la mort pour soigner leurs malades.

Assistance publique de Paris. — *Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.* — L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours professionnels, le lundi 16 octobre, à 8 heures du soir, sous la présidence de M. le docteur Bourneville, directeur des écoles d'infirmières.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Le Blas ; éléments d'anatomie, M. Duret ; de physiologie, M. P. Regnard ; pansements, M. Poirier ; soins à donner au femmes en couches et aux nouveau-nés, M. Budin ; hygiène, M. Blondeau ; petite pharmacie, M. Yvon.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'école de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la direction, de 8 heures du matin à midi.

— M. le docteur Laisney est nommé médecin du lycée de Coutances, en remplacement de M. le docteur Dudouy, décédé.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. Laboulbène commencera le cours d'Histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 11 novembre 1882, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon le professeur résumera l'Histoire de Galien et de ses œuvres.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 13 Novembre 1882, à 3 heures précises au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour : I. Communication, avec commentaires, par M. Boudet, d'un arrêt de la Cour de Caen, relatif à une question de nullité de mariage. — II. Note par M. Briand, sur un cas d'empoisonnement par l'arsenic. — III Deux observations de médecine légale, par M. le docteur Filliette, de Boulogne-sur-Mer. — IV Relation par MM. Dalché et Richardière, des accidents toxiques dus à l'ingestion de graines de *Jatropha curcas*, observés à l'Hôtel-Dieu, le 3 septembre 1882.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DU SOUFFLE TRICUSPIDIEN A LA POINTE ;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 juillet 1882,

Par le docteur P. DUROZIEZ,

Ancien chef de clinique de la Faculté, président de la Société de médecine de Paris.

L'histoire des variations du souffle tricuspidien, sous le rapport de la localisation, présente un intérêt qui explique les développements que nous croyons devoir donner. Nous sommes obligé de citer les textes pour éviter les attaques injustes contre les morts et les récriminations des vivants, d'autant mieux qu'à côté des erreurs, il y a des faits bien vus qui méritent d'être rappelés.

L'insuffisance de la tricuspide peut exister sans souffle ; cependant le souffle est un des éléments les plus importants du diagnostic de cette lésion. On peut donc lui consacrer un article à part, en proclamant bien haut que l'auscultation ne fait pas tout le diagnostic.

Lancisi connaissait l'insuffisance de la tricuspide par dilatation de l'oreillette et du ventricule droits. « Orificium caudicis venæ cavæ amplius fit quàm ut possit ab appositis valvulis omninò præcludi. Hinc propterea fit ut contracto corde sanguis ex dextero ventriculo non solùm in pulmones impellatur, sed cùm proe nimiâ copiâ, tùm etiam ob non satis clausum ostium venæ cavæ per illius rimas hiantes rursùm per universum tractum venæ cavæ superius repellitur ac repercutitur, atque ex ipso rechè in jugulares vehementius fertur quàm in cœteros cavæ ramos. »

Laënnec ne parle pas de l'insuffisance si bien constatée par Lancisi. « Il a trouvé constamment le pouls veineux dans tous les cas d'hypertrophie un peu considérable du ventricule droit... Un gonflement habituel des veines jugulaires externes, mais sans battements sensibles, lui a paru être le signe équivoque le plus constant et le plus caractérisé de la dilatation des cavités droites du cœur... Il lui a paru que toutes les fois que les oreillettes ont un grand volume, leurs contractions, au lieu du bruit éclatant qu'elles font entendre dans l'état naturel et qu'il a comparé à celui d'une soupape, ne donnent plus qu'un bruit de soufflet plus ou moins fort ou au moins un son sourd. » Laënnec attribuait le bruit de soufflet à la contraction même de l'oreillette, au second temps. L'auscultation n'aidait pas beaucoup Laënnec dans ce cas ; il était très en recul sur Lancisi.

Lancisi, le premier, a indiqué l'insuffisance de la tricuspide ; il n'a pas connu les autres insuffisances ; il n'avait pas pour la mitrale le pouls veineux pour le guider. L'auscultation était nécessaire, ainsi qu'une bonne physiologie des bruits du cœur. Laënnec, qui d'abord avait attribué aux rétrécissements les souffles qu'il entendait, avait même abandonné cette doctrine insuffisante ; il ne pouvait plus rien ajouter au diagnostic des maladies du cœur ; il était sur une fausse piste et a laissé aux médecins anglais le mérite de découvrir les insuffisances mitrale et aortique.

Lancisi avait découvert l'insuffisance de la triscuspide vers 1740. C'est Hope qui revendiqua l'honneur d'avoir découvert les insuffisances mitrale et aortique ainsi que les souffles, au premier temps pour les insuffisances tricuspide et mitrale, et au deuxième temps pour l'insuffisance aortique. Nous produisons sa défense.

« Le docteur Elliotson a publié avant moi le fait que l'ouverture permanente d'un orifice cardiaque était une cause de bruit de soufflet. Il ajoute loyalement : « Je l'ai

entendu dire au docteur James Johnson. Qui l'a soupçonné le premier? Je ne puis le dire. Le docteur Johnson pensait qu'il l'avait appris de Laënnec et d'autres auteurs qui se sont occupés d'auscultation; mais je n'en ai trouvé d'autre trace que les vues erronées de Bertin. » (Lumleyan, *Lectures*, page 20, 1830.) — Je puis expliquer cela. Le docteur Johnson, probablement, l'a appris de son fils à qui je l'avais communiqué; car, en 1829 et 1830, lui et moi, nous étudiions l'auscultation ensemble à l'hôpital Saint-Georges, et j'avais l'habitude d'indiquer les régurgitations comme une découverte mienne, faite en juin 1825 dans le cas remarquable de Christian Anderson. J'ai enseigné aussi les régurgitations à l'hôpital Saint-Barthélomée en 1826 et à la Charité de Paris en 1827. Le docteur Corrigan ne connaissant pas la publication du docteur Elliotson ni la mienne, a publié plus tard un travail dans *Edimb. med. and surg. journal*, nº III, pour 1832, intitulé : « Sur une nouvelle maladie du cœur, c'est-à-dire de l'ouverture permanente de l'orifice aortique. » (Hope, *Traité des maladies du cœur*.)

Hope connaissait mal l'insuffisance de la tricuspide, qu'il a toujours déclarée très rare.

« Lorsque la mitrale ou la tricuspide, ne fermant pas hermétiquement, permettent la régurgitation du sang, un souffle accompagne le premier bruit. Ce fait était du très petit nombre de ceux qui ont échappé au merveilleux observateur Laënnec. Il a été noté par l'auteur en 1825, et le nombre des cas qu'il a vus lui permet de le donner comme certain. » (Hope. *Traité des mal. du cœur*, 2e éd., 1835.)

« Signes de la lésion de la tricuspide. Ce sont les mêmes que ceux de la mitrale, si ce n'est que les souffles sont le plus forts au niveau de la valvule en question, c'est-à-dire, au milieu du sternum, au niveau de l'espace compris entre les troisième et quatrième côtes et un peu à droite de la ligne médiane. Cette valvule est très rarement atteinte... » (Hope.)

Hope renvoie à deux observations intéressantes à consulter, parce qu'elles démontrent que la découverte n'était pas encore bien ferme.

« Christian Anderson, 42 ans. Infirmerie royale d'Edinburgh. 16 juin 1825. Le premier bruit (à l'extrémité inférieure du sternum) était un bruit de lime très fort, commençant brusquement, ou un bruit de scie atténué... Les mêmes bruits existaient des deux côtés du cœur, mais étaient moins distincts à gauche. Ils étaient plus ou moins perceptibles sur toute la surface antérieure de la poitrine... » Aux annotations originales de ce cas est annexée la remarque suivante : comme les valvules pulmonaires et aortiques étaient normales, le bruit de lime venait de la régurgitation à travers les valvules auriculaires. Donc si un bruissement est entendu pendant la contraction du ventricule, nous ne devons pas conclure nécessairement à une lésion des valvules pulmonaires ou aortiques plutôt qu'à celle des valvules auriculaires. La faiblesse plus grande du souffle à gauche me paraît attribuable à deux circonstances : 1º l'étroitesse de l'orifice mitral, par suite de laquelle la quantité du liquide refoulé était très minime; 2º le ramollissement du ventricule gauche, d'où un refoulement languissant..... Ce cas est intéressant comme preuve de l'existence d'un souffle accompagnant le premier bruit, par régurgitation, fait qui a échappé à Laënnec.

Le cas suivant prouve la même chose. « Dennis, etc..... »

Dans la troisième édition, qui date de 1839, Hope écrit ceci : « Comme la tricuspide est très rarement assez malade pour produire un souffle, ses lésions étant extrêmement rares et presque toujours à un degré léger, le praticien doit être très prudent à la déclarer malade, surtout parce que le pouls n'apporte pas la même évidence que dans le rétrécissement de l'orifice mitral. » Hope avait oublié le pouls veineux de Lancisi. Puis, que vient faire ici le rétrécissement mitral ? Hope semble ne pas connaître l'insuffisance sans rétrécissement. Il n'admettait le souffle que lorsque la valvule était malade. En somme, la connaissance du souffle tricuspidien était plus théorique que pratique. Nous avons fait bien du chemin depuis 1839.

En 1837, King donne un travail intitulé : Essay on the safety valve fonction in the right ventricle of the human heart (*Guy's hospital reports*, t. I, p. 115, 1837).

L'insuffisance tricuspide devient presque physiologique. Nous n'avons pas lu le travail de King. Y est-il question du diagnostic ? Nous n'en savons rien.

« Il arrive très souvent que le bruit de soufflet a lieu par le reflux d'une certaine quantité de sang à travers l'orifice qu'il venait de traverser, et c'est à l'insuffisance de la valvule *indurée*, à la permanence de l'ouverture qu'elle offre à son centre, qu'il faut attribuer ce reflux. M. Filhos a beaucoup insisté, dans son excellente dissertation inaugurale, sur le rôle que joue ce reflux du sang dans la production du bruit de soufflet, et *il me semble en avoir exagéré un peu l'importance.* » (Bouillaud, *Traité des mal. du cœur*, 1841.)

Comment peut-on exagérer l'importance du reflux du sang dans la production du bruit de soufflet? Notre illustre et vénéré maître semblait attacher plus d'importance au frottement contre des surfaces inégales qu'à l'insuffisance même; il n'aimait pas beaucoup à expliquer les souffles par des insuffisances; il recherchait plutôt les rétrécissements et, quand il n'en trouvait pas, il se rejetait sur le péricarde.

Nous citons tout le passage des *Leçons sur les maladies du cœur* de Gendrin; il est remarquable et reproduit à peu près nos idées.

Page 84 : « Il est d'une grande importance pour le diagnostic de déterminer auquel des deux ventricules se rapportent les modifications qui surviennent dans les bruits du cœur. On y parvient par les rapports que les points du thorax, où se perçoivent les bruits anomaux, ont avec les cavités du cœur. *La position relative des deux ventricules l'un au-devant de l'autre sépare, à un degré beaucoup plus prononcé qu'on ne pourrait le penser par les points divers où ils se font entendre, les bruits anomaux qui ont leur siège dans chacune des maladies du cœur.*

Ainsi un bruit qui diminue et s'éteint à mesure qu'on se rapproche du bord droit du cœur et qui augmente d'intensité sur la ligne qui correspond au bord gauche du cœur doit être rapporté à une lésion qui siège dans le ventricule gauche; ce bruit se perçoit ordinairement encore d'une manière très distincte au delà des limites du bord gauche du cœur jusque sur le côté gauche du thorax. Les bruits, qui se rattachent aux lésions du ventricule droit, s'entendent surtout sur la région précordiale et sur le bord gauche du sternum; ils se perdent constamment sur les limites gauches de la région précordiale; Laënnec pensait que ces bruits se propageaient sur le côté droit de la poitrine; posée d'une manière générale et absolue, cette opinion consacre une erreur qui ne peut provenir que de la confusion avec les bruits du cœur, des bruits qui surviennent dans l'aorte ou dans le tronc brachiocéphalique; les bruits qui naissent dans les parties droites du cœur, se perdent au bord droit du sternum ou au moins s'affaiblissent au plus haut degré sur la ligne des articulations synchondro-sternales droites. »

Vingt pages plus loin, page 109, Gendrin se dédit : « Lorsque les valvules auriculo-ventriculaires ne ferment pas complètement l'orifice et laissent refluer dans l'oreillette, au moment de la systole, une partie de l'ondée sanguine, on entend sur le milieu de la hauteur du cœur, dans la partie de la poitrine qui correspond à l'extrémité des valvules mitrale et triglochine, un bruit qui prend naissance pendant la systole et finit dès le début de la périsystole. *Ce bruit est à son maximum sur le milieu de la région précordiale*; il se perd au bord extérieur et au bord interne de cette région et ne se prolonge pas dans les artères nées du cœur. Ce bruit de frottement est le plus souvent sec et quelquefois sibilant et comne musical. »

Ainsi Gendrin, après avoir dit qu'on peut séparer les deux souffles, que le souffle mitral se perçoit jusque sur le côté gauche du thorax, s'abandonne et réunit les deux souffles au milieu de la région précordiale, ajoutant qu'ils se perdent au bord extérieur et au bord interne de cette région. Il y a donc chez Gendrin, en 1842, encore beaucoup d'irrésolution.

En 1846, Pennock donne en Amérique une édition des maladies du cœur de Hope. Il met dans une note : « Le souffle tricuspidien devrait être cherché au niveau du ventricule droit, près de la réunion du cartilage de la cinquième côte avec le bord gauche du sternum. Tant que la valvule est saine, il n'y a pas de

souffle; celui-ci ne se montre que lorsque la valvule est épaissie ou présente quelque obstacle au cours du sang. »

En 1850, Skoda dit qu'on entend le souffle au niveau du ventricule droit. Il ne dit rien de la fréquence. Ces quelques mots sont vraiment insuffisants.

Ici commence un singulier imbroglio sous l'impulsion d'un élève de Parrot; tandis que le maître se jette à droite, l'élève se jette à gauche. X. Gouraud intervient à la même époque se jetant à gauche avec l'élève de Parrot. Nous nous expliquons.

La thèse de Rousseaux, 1864, est la première qui indique le *souffle à la pointe* comme signe d'insuffisance de la tricuspide, en s'appuyant sur une observation qui se trouve aussi dans le travail de Parrot (*Archives de médecine*, 1865). L'auteur dit qu'il est redevable à M. Parrot de quelques-uns des détails de l'observation. Dans l'observation de la femme Thierry, M. Rousseaux note : Souffle au premier temps, maximum à la pointe du cœur et dans le cinquième espace intercostal. Dans l'observation de la même femme, M. Parrot note : Bruit de souffle au premier temps, qui paraît avoir son maximum d'intensité au niveau de la région ventriculaire du cœur dans le cinquième espace intercostal. Cette observation gênait un peu la théorie de M. Parrot dans sa localisation du souffle au bord gauche du sternum.

M. Rousseaux, appuyé par cette seule observation (dans les autres on ne donne pas de signes d'auscultation), dit qu'on entend un souffle au moment de la systole, souffle dont le maximum a lieu au-dessous du mamelon, plus près de la pointe du cœur, ne se propageant pas dans les gros troncs artériels, s'entendant à droite plutôt qu'à gauche. Et plus loin : l'auscultation ne révèle souvent aucun bruit morbide, si ce n'est un souffle doux ordinairement à la pointe du cœur et au moment de la systole ventriculaire.

Gouraud, en 1865, cite dans son travail (*De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le ventricute droit*) deux observations, l'une lui appartenant, l'autre appartenant à M. Sottas, où le souffle est à la pointe, et une troisième de Parrot où le souffle est dans le quatrième espace intercostal gauche contre le sternum. Il néglige l'observation de Parrot et paraît s'intéresser assez peu au souffle de la pointe noté dans ses deux observations.

« L'insuffisance tricuspidienne, dit Gouraud, n'a guère qu'un signe cardiaque, un *souffle au premier temps et vers la pointe;* mais ce souffle peut en partie être produit par l'altération concomitante du cœur gauche. Ce n'est que dans le cas où les symptômes secondaires existent, que le souffle au premier temps prend une valeur réelle; *mais on ne peut savoir si l'insuffisance tricuspide existe seule. Il est entendu que souvent le souffle fait défaut*; dans ce cas, même en l'absence de tout trouble dans les fonctions cardiaques, appréciable soit à la main, soit à l'oreille, ou susceptible d'être ressenti par le malade, les symptômes secondaires suffiront à établir l'existence d'une insuffisance relative de la tricuspide. »

Parrot, 1865, comme Gouraud, étudie surtout l'insuffisance de la tricuspide, suite de lésion pulmonaire, sans lésion du cœur gauche pouvant expliquer d'après les opinions généralement reçues le souffle du premier temps. « Tout est bien différent quand l'asystolie est la conséquence d'une lésion ancienne du cœur. Supposons pour fixer les idées, qu'elle ait pour siège l'orifice mitral et sa valvule; son signe stéthoscopique sera un bruit de souffle du premier temps, d'une intensité quelquefois considérable, s'affaiblissant comme la force contractile du cœur, et disparaissant quand l'adynamie cardiaque sera confirmée. Si donc nous admettons pour un instant que dans ce cas un souffle systolique tricuspidien se manifeste, sa période de développement sera précisément celle de l'extinction du bruit mitral. Le souffle asystolique est doux, peu retentissant, se fait entendre dans une zone circonscrite dont le centre est en général à l'extrémité interne du quatrième espace intercostal. Le bruit mitral est rude, râpeux, a son point maximum plus en dehors. »

Parrot n'admet pas la coexistence des deux souffles, et rejette la pointe comme

siège du souffle tricuspidien. Viennent alors les auteurs qui font un mélange éclectique de la pointe et du sternum.

Bouyer (Thèse 1866) place le souffle à la fois vers la pointe du cœur et à la partie interne du quatrième espace gauche. « On ne pourra pas affirmer que l'insuffisance tricuspide est simple et non compliquée d'insuffisance mitrale. » L'auteur, tiraillé entre Gouraud et Parrot, accepte les deux localisations, sans y attacher d'importance.

On va voir, par la citation suivante, empruntée à l'excellent article (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, 1868) de notre éminent et regretté ami Maurice Raynaud, où en était le diagnostic de l'insuffisance de la tricuspide après les travaux précédents. C'est au hasard qu'on indique le sternum ou la pointe comme siège du souffle. C'est du délire. Quand j'ai lu ce passage, j'ai cru d'abord qu'il y avait une erreur de texte ou un lapsus calami de l'auteur ; mais Maurice Raynaud n'a fait qu'accentuer l'irrésolution des auteurs. Si ceux-ci avaient dit que le souffle tricuspidien peut varier comme siège de la pointe au sternum, nous n'aurions rien à critiquer ; mais Parrot ayant indiqué le sternum et Gouraud ayant indiqué la pointe, ils admettent indifféremment les deux localisations, comme si c'en était une seule. C'est à ne pas croire, il faut citer.

« Le bruit de souffle tricuspidien, dit Maurice Raynaud, a son maximum d'intensité soit à la partie la plus interne du quatrième espace intercostal gauche, soit mieux encore à la partie inférieure du sternum entre les insertions droite et gauche des cinquièmes cartilages costaux. »

Comment croire que quelques lignes plus loin on lit ce qui suit : « Au résumé, le signe stéthoscopique propre à l'insuffisance tricuspide est un souffle systolique à la pointe. »

Ce n'est pas un lapsus. Maurice Raynaud reproduit ce qui courait dans les thèses de cette époque. Nous avons trouvé le mot de cette énigme, indéchiffrable au premier abord.

Dans la thèse de M. Amat, 1874, nous retrouvons la même confusion.

Dans l'ouvrage de Friedreich, 1873, ce n'est plus ce singulier mélange de la pointe et du sternum que l'on rencontre. « Au niveau du ventricule droit, bruit de souffle systolique ayant son maximum d'intensité à la partie inférieure du sternum ; avec la condition qu'il ne pourra pas être regardé comme transmis par propagation d'un autre orifice. » Tout souffle n'ayant pas son maximum à la partie inférieure du sternum est refusé à la tricuspide, et beaucoup de souffles remplissant cette condition seront refusés à la tricuspide, pourvu qu'on soupçonne un autre orifice d'être atteint. Pourquoi cet ostracisme d'un nouveau genre contre la tricuspide ? Nous ne sommes pas beaucoup en progrès, mais enfin nous sortons de l'incohérence.

L'article de MM. Potain et Rendu, 1875, *Dict. encyc. des sciences médicales*, ne nous paraît pas suffisamment net. « Le souffle a son maximum non pas à la pointe du cœur, mais au niveau du bord gauche du sternum, vers l'insertion du quatrième ou du cinquième cartilage costal. S'il y a combinaison d'insuffisance mitrale, *le siège des deux souffles n'est pas tellement distinct qu'on ne puisse les confondre.* On se fondera sur la transmission différente des bruits, celui de l'insuffisance mitrale se propageant plutôt vers l'aisselle gauche, celui de l'insuffisance tricuspide s'entendant du côté droit de préférence ; mais il est des cas où la distinction est réellement impossible, et où l'on doit forcément se tenir sur la réserve. » Si le siège des deux souffles n'est pas tellement distinct qu'on ne puisse les confondre, il ne faut pas dire qu'on entend le souffle tricuspidien à droite ; il faut reconnaître que ce souffle peut être entendu jusqu'à la pointe. Nous retrouvons la même indécision pour le souffle de l'ictère. Gangolphe dit qu'on l'entend à la pointe. Potain n'hésite pas cependant à en faire un souffle tricuspidien ; l'entend-il en bas du sternum ? Admet-il qu'un souffle de la pointe peut être tricuspidien ?

Avec M. Brochier (Thèse 1878. *De l'insuffisance tricuspide relative*) nous retombons dans la singulière confusion dont nous nous plaignons. « P. 31. Le souffle s'entendra *à la base de l'appendice xyphoïde* et se propagera à droite. — P. 37.

C'est surtout lorsqu'il y aura coïncidence d'une insuffisance tricuspide avec une insuffisance mitrale, *ces deux lésions donnant lieu à un souffle systolique à la pointe*, qu'il faudra tenir compte des foyers d'auscultation, du sens de la propagation et des phénomènes accessoires. — P. 46. On perçoit *à la pointe* et au premier temps, *au niveau de la base de l'appendice xyphoïde*, un bruit de souffle vraisemblablement tricuspidien. » M. Brochier met la pointe du cœur au niveau de la base de l'appendice xyphoïde. Les citations que nous avons faites expliquent les hérésies de M. Brochier qui n'ont d'intérêt pour nous que parce qu'il les a copiées dans un dictionnaire justement répandu.

Après cet exposé, nous pensons qu'il y a quelque chose à faire.

Le nœud de la question nous paraît celui-ci : le souffle tricuspidien peut varier de siège depuis la pointe jusqu'en bas du sternum. Les auteurs qui ont localisé à la pointe le souffle tricuspidien se sont trompés : ceux qui l'ont localisé en bas du sternum se sont trompés. Le souffle s'entend au niveau du ventricule droit ; or, le ventricule droit occupe à peu près toute la surface antérieure du cœur, surtout quand ce ventricule droit est dilaté; le souffle peut donc être entendu depuis la pointe jusqu'au sternum. Il resterait à trouver les raisons pour lesquelles il est entendu tantôt en bas du sternum, tantôt sur toute la surface du cœur, tantôt le long du bord inférieur, tantôt à la pointe. Ne voyons-nous pas les mêmes variations pour les autres orifices? Pour nous, un souffle de la pointe n'est mitral que si nous l'entendons en arrière; sinon, il est tricuspidien. Et surtout nous ne disons pas : souffle de la pointe? souffle mitral. Les droits de latr icuspide et de la mitrale sont égaux sur un souffle de la pointe.

On dit que le souffle est doux quand il est le signe d'une insuffisance fonctionnelle, rude et râpeux quand la valvule est altérée. En effet, lorsque le souffle dépend d'une simple asystolie, lorsque le ventricule est forcé, se contracte mal, le souffle peut n'avoir pas une grande intensité, être doux; lorsqu'au contraire le ventricule est hypertrophié, comme il arrive quand les cavités droites sont primitivement malades et irritées, le souffle peut prendre plutôt de la force que de la rudesse. Le souffle tricuspidien ressemble au jet de vapeur plus ou moins intense; mais, comme le jet de vapeur, il peut devenir plus ou moins aigu, sifflant. Très souvent nous le trouvons piaulant. Le caractère du bruit de l'insuffisance tricuspide est d'être piaulant; le sang veineux chante plus facilement que le sang artériel; nous trouvons pour les cavités droites la même disposition aux bruits musicaux que pour les veines.

Si nous démontrons que le souffle tricuspidien peut exister à la pointe, la démonstration sera faite pour toute la partie qui s'étend de la pointe au sternum. Or, nous ne pouvons pas rejeter les observations de Gouraud (1864) et de Sotas (1865) rapportées dans le travail de Gouraud. Dans la thèse de M. Amat (1875), on admet pour l'observation V une insuffisance mitrale et tricuspide, mais à l'autopsie on laisse de côté la mitrale; de même pour l'observation VI. Le souffle de la pointe peut donc être rapporté à la tricuspide, d'après quelques observateurs en dehors de nous.

Nous pouvous en fournir d'autres.

Tribout, 71 ans; 22 juillet 1865. A 26 ans, elle a eu une pleuro-pneumonie; à 42 ans, un ictère. Les palpitations datent de 2 ans. Pas de toux, pas de crachats ensanglantés. Le cœur est gros et s'étend à droite et à gauche. Impulsion au niveau des espaces droits; pas d'impulsion vive de la pointe. *Souffle en jet de vapeur à la pointe.* Bruits durs au niveau des espaces droits. *Pouls veineux.* Jugulaires développées. Œdème des jambes. Lèvres cyanosées. Pouls très fréquent, petit, irrégulier, inégal. Figure pâle. Femme anémiée. Intelligence nette.

L'insuffisance tricuspide n'est pas douteuse et nous ne trouvons de souffle qu'à la pointe.

30 juillet. Battement sur toute la surface du cœur sans que la pointe se détache bien. Battement au niveau des espaces droits et de l'épigastre. Jugulaires très grosses. Souffle en jet de vapeur considérable à la pointe. Essoufflement. Œdème des jambes.

11 août. Souffle aigu, piaulant, en jet de vapeur à la pointe. Cœur gros. Impulsion sur une large surface. Pouls très fréquent, irrégulier, inégal.

18. Jugulaires très grosses, dilatées, battantes. Pouls veineux. Cœur gros. Impulsion sur une large surface. Souffle aigu à la pointe.

23. Souffle en jet de vapeur à la pointe. A droite du sternum, pas de souffle net malgré la dilatation des jugulaires et le pouls qui les anime.

5 septembre. Mêmes battements des jugulaires. Pouls irrégulier. Lèvres noires. Paupières bouffies.

REMARQUES. — Le souffle en jet de vapeur persiste limité à la pointe ; nous regrettons de ne l'avoir pas cherché en arrière pour dégager la part de la mitrale. La tricuspide, d'après les signes observés, était insuffisante, et cependant nous ne trouvons que le souffle de la pointe.

Fontaine, 64 ans, boutonnier. Emphysémateux asthmatique. Hypertrophie et dilatation du ventricule droit. Lésion de la tricuspide. Le cœur est gros, dodu, résistant, cylindrique ; les parois sont fermes, l'*entonnoir du ventricule droit fait saillie.* Le péricarde est un peu altéré, surtout au niveau de l'oreillette et du ventricule droits qui sont couverts de plaques blanches, jaunâtres, assez saillantes ; au niveau des artères, on peut détacher quelques lambeaux. L'oreillette droite est dilatée. Le trou ovale est fermé. La *tricuspide est bridée*, épaissie, opaque, contenant çà et là des points graisseux ; le bord n'a plus ni la forme ni la structure normales ; *sous l'eau la valvule est insuffisante.* Le ventricule droit est dilaté ; la paroi est très hypertrophiée ainsi que les muscles papillaires, L'artère pulmonaire est dilatée, l'orifice normal. Le canal artériel est oblitéré. L'oreillette gauche est peu dilatée. La *bicuspide est saine ;* sous l'eau elle oblitère l'orifice. Le ventricule gauche n'est pas dilaté ; sa paroi est un peu épaissie. L'orifice aortique est sain. L'aorte mince, souple est un peu dilatée dans sa portion ascendante.

Ainsi l'autopsie est très nette. Pas de lésion des cavités gauches. Tout est concentré à droite et dans les poumons. Il est intéressant de constater l'état des souffles. Or, le souffle s'entend sur toute la surface du cœur, parfois avec un maximum à la pointe et ne s'entend plus à gauche du cœur. Le pouls est régulier et développé.

(*La fin à un prochain numéro.*)

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'élongation des nerfs dans le traitement de l'ataxie locomotrice et les affections semblables, par le docteur LANGENBUCH. — Les résultats des recherches du docteur Langenbuch ont été communiqués à la Société médicale de Berlin. Le nombre des succès a été inférieur à celui des échecs. Cette différence serait due, d'après l'auteur, aux méthodes opératoires et au défaut d'indications cliniques précises. Les recherches ultérieures doivent donc avoir pour but de déterminer les cas dans lesquels cette médication serait appropriée ; de connaître les contre-indications de l'opération ; d'établir quelle doit être la violence de l'élongation ; et enfin de savoir si l'élongation doit porter sur le nerf crural ou sur le nerf sciatique. Il faudrait aussi déterminer les indications du traitement consécutif. (*Berliner klinische Woch.*, 27 mars 1882 et *The Med. record*, 20 mai 1882.)

Phlébite dans la fièvre typhoïde, suivie de thrombose pulmonaire, par le docteur HOOD. — Le malade était atteint depuis trois semaines d'une fièvre typhoïde. Il éprouva tout à coup une violente douleur dans l'hypochondre gauche et on observa de l'hyperthermie et les symptômes d'une phlébite.

A l'autopsie, on constate une thrombose de l'artère pulmonaire. Le début rapide et insidieux de cette complication avait été précédé d'une douleur au niveau de l'articulation coxo-fémorale, douleur qui fut l'unique signe de la coagulation veineuse. Comme l'a fait remarquer un membre de la Société médicale de Londres, ce symptôme peut se rencontrer dans la convalescence de la dothiénentérie, siéger sur la jambe ou la cuisse, et précéder l'envahissement des veines iliaques par la thrombose veineuse. (*The Lancet*, 11 mars 1882.)

De l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur, par le docteur SHRADY. — Dans des cas d'infection purulente, l'auteur a obtenu de bons effets de l'administration de ce médicament, soit en potion, soit sous forme d'injections hypodermiques. Dans un cas, la malade était atteinte d'une arthrite suppurée du genou, consécutive à une amputation de la jambe, et présentait les symptômes de début de l'infection purulente. Ceux-ci disparurent en quelques heures et la guérison fut complète.

Un autre malade, atteint d'une suppuration prolongée à la suite d'un abcès de la fosse

iliaque, était dans l'épuisement complet quand on commença le traitement. Sous l'influence des injections hypodermiques et de l'administration à l'intérieur de l'acide phénique, le retour de l'appétit fut rapide et, dans l'espace de six semaines, la suppuration était considérablement diminuée et le malade en voie de guérison. (*The Medical record*, 13 mai 1882.)

Sur un cas rare, sinon unique, d'éruption vaccinale sans inoculation, par le docteur MARTIN. — Une femme de 36 ans fut revaccinée, le 13 février 1882, avec du vaccin de génisse, ainsi que l'un de ses deux enfants, âgé de 3 ans. Le second enfant, qu'elle allaitait, ne fut pas inoculé parce qu'il était affecté de croûtes laiteuses. Les pustules vaccinales de la mère furent légitimes. Mais le 1er mars, au moment de la chute des croûtes, on constata que le nourrisson était fiévreux et que ses bras étaient le siège d'une éruption. Trois jours plus tard, cette éruption s'était étendue, couvrait les membres, le côté gauche de la poitrine et le tronc, à l'exception de la face antérieure du cou et de l'abdomen. Les pustules, confluentes dans certains points, avaient l'apparence de pustules varioliques du cinquième au sixième jour.

Le virus fut inoculé à une génisse et cette inoculation fut suivie d'une éruption analogue à celle du cow-pox spontané. Des revaccinations au moyen du liquide de ces pustules furent suivies du résultat habituel.

Ce cas est peut-être unique, à moins toutefois de le placer dans le même groupe que celui dont il est question dans le *Rapport du Comité central de vaccine*, sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1870. (*The Medical record*, p. 395; 25 avril 1882.)

Des contractures spastiques congénitales, par le docteur RUPPRECHT. — Cette maladie a été observée par l'auteur sur dix enfants, nés prématurément ou par accouchements laborieux. Elle est caractérisée par l'exagération des réflexes tendineux et la roideur des membres inférieurs, de sorte que le pied restait dans l'extension forcée, la pointe tournée en dedans et les genoux rapprochés l'un de l'autre. Plusieurs groupes musculaires symétriques sont le siège de spasmes, aussi manifestes dans les mouvements actifs que dans les mouvements provoqués. Ces spasmes se localisent aussi aux membres supérieurs, aux muscles du dos et de l'abdomen ou du visage. Ils deviennent plus rares quand l'enfant est plus âgé et disparaissent alors. Mais ils peuvent donner lieu à des déformations permanentes qui nécessitent quelquefois la ténotomie du tendon d'Achille. Le traitement employé consistait en bains tièdes et en applications de courants continus. (*Wolkman klin. Woch.*, p. 198 et *Archives de méd.*, juillet 1882.) —

L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 juillet 1882. — Présidence de M. DUROZIEZ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Journal d'hygiène*, le *Concours médical*, le *Journal des sages-femmes*.

La correspondance manuscrite comprend deux lettres de remercîments de MM. les docteurs Godlewski (de Neuilly) et Rougier (de Marseille) récemment élus membres correspondants.

Une lettre de M. le docteur Dechaux (de Montluçon) qui fait hommage à la Société d'une brochure sur la *Femme stérile*, et sollicite le titre de membre correspondant.

M. RELIQUET dépose sur le bureau un travail de M. le professeur Henri Bigelow, chirurgien de l'Hôpital général de Massachusetts, intitulé : *De la lithotritie moderne*.

M. DE BEAUVAIS, secrétaire général, annonce à ses collègues que M. le docteur Daremberg, membre titulaire, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

—

M. DUROZIEZ lit un mémoire sur l'histoire de l'insuffisance tricuspide. (Voir plus haut.)

—

M. BUDIN fait une communication sur *la situation des œufs et des fœtus dans la grossesse gémellaire et sur les symptômes qui en résultent.* — En poussant plus loin qu'on n'a l'habitude de le faire l'analyse des symptômes dans la grossesse gémellaire, on voit qu'ils peuvent offrir dans leur ensemble des différences, suivant la position occupée par les fœtus dans la cavité utérine. On doit distinguer trois variétés : 1° les deux fœtus peuvent être placés l'un à côté de l'autre; 2° les deux fœtus peuvent être superposés; 3° les deux fœtus peuvent être placés l'un au-devant de l'autre.

Dans la *première* variété, l'un des *fœtus occupe la moitié gauche, l'autre la moitié droite de l'organe.* — A l'examen du ventre, l'utérus est très développé suivant son diamètre transversal; il peut présenter une dépression au niveau de son fond, qui s'étend de haut en bas jusqu'à l'hypogastre. A la palpation on constate la présence de quatre grosses extrémités fœtales qui occupent les deux fosses iliaques et les hypochondres, ou bien on ne trouve que trois grosses extrémités fœtales, la quatrième se trouvant cachée sous la face inférieure du foie ou bien engagée dans l'excavation où sa présence peut-être reconnue par le toucher vaginal.

A l'auscultation, on peut entendre les bruits du cœur fœtal en deux régions différentes : en général, l'un des maxima est à droite et l'autre est à gauche; ils peuvent être à la même hauteur, si aucun des fœtus n'est engagé; l'un des maxima est plus bas au contraire si l'un des fœtus a pénétré dans l'excavation. C'est probablement dans ces cas qu'on a pu, au toucher, constater pendant le travail la présence de deux poches des eaux. En examinant l'arrière-faix, on peut trouver deux œufs complètement distincts, ou un seul placenta avec deux cavités amniotiques. Il existe deux orifices séparés par les membranes ou bien on ne trouve plus qu'un seul orifice divisé par la cloison qui sépare les deux poches.

Ces faits sont les plus communs; ce sont eux qui sont décrits presqu'exclusivement dans les auteurs classiques.

Dans la *seconde* variété les *fœtus sont placés l'un au-dessus de l'autre.* — Dans les faits qu'il a observés, M. Budin a trouvé que le fœtus qui occupait le fond de l'utérus y était placé en travers; quant au fœtus qui occupait le segment inférieur, il pouvait lui-même se présenter par son plan latéral ou bien avoir l'une de ses extrémités céphalique ou pelvienne en rapport avec le détroit supérieur. L'utérus est alors très développé transversalement, surtout dans sa partie supérieure. Au palper, on trouve facilement les deux extrémités du fœtus qui occupe le fond de l'utérus : sa tête est d'un côté, son siège de l'autre. Le fœtus qui occupe le segment inférieur a ordinairement une de ses extrémités engagée; l'autre extrémité étant en général masquée en partie par le fœtus placé au-dessus d'elle. A l'auscultation on entend les bruits du cœur en deux points, l'un des maxima se trouve au-dessus de l'ombilic, l'autre au-dessous. Lorsqu'après l'accouchement et la délivrance on examine l'arrière-faix, il peut présenter des aspects différents suivant qu'il y a un ou deux placentas; mais dans tous les cas, on trouve deux poches superposées. Après avoir ouvert la poche inférieure, il avait fallu la traverser pour atteindre la cloison placée transversalement qui séparait les deux cavités et perforer cette cloison pour ouvrir le second œuf.

Dans la *troisième variété les deux fœtus sont placés l'un au-devant de l'autre.*— Dans ces cas l'abdomen fait une saillie très prononcée en avant, sa paroi est très tendue. Le ventre proémine donc considérablement, bien que ses dimensions transversales ne paraissent pas aussi exagérées et surtout ne soient pas en rapport avec son diamètre antéro-postérieur. A la palpation l'examen le plus minutieux ne permet le plus souvent de constater la présence que de deux extrémités fœtales et les caractères du dos. A l'auscultation, on cherche en vain à entendre les bruits du cœur en deux régions, on ne trouve qu'un seul maximum. Malgré les soupçons qu'on peut avoir, on ne peut constater aucun signe de certitude de grossesse multiple. Dans un seul cas, dû à M. Ribemont, le diagnostic a été fait d'une façon précise.

M. Budin rapporte, chemin faisant, des observations personnelles qui appartiennent à chacune de ces variétés, et il montre à la Société des dessins qui représentent la situation des fœtus et la disposition des arrière-faix dans chacun des cas. Evidemment, les faits qu'il a rapportés sont des types; il peut exister des variétés, il peut y avoir des obliquités; mais en supposant que la cloison qui sépare les deux œufs soit oblique, les deux fœtus eux-mêmes seront le plus habituellement placés, l'un par rapport à l'autre, dans une des situations décrites. On a parfois fait allusion à la situation que peuvent occuper les deux fœtus, qui se placent l'un au-devant de l'autre, mais on n'a guère parlé jusqu'ici des cas dans lesquels les fœtus se trouvent placés l'un au-dessus de l'autre. Cependant, cette superposition des fœtus dans la cavité utérine serait loin d'être excessivement rare. Ces différentes situations que peuvent avoir les œufs étant connues, on se rend mieux compte des divers symptômes que l'on rencontre dans chacun des cas. On comprend également comment, toutes les autres circonstances étant égales, le diagnostic est relativement plus facile lorsque les deux fœtus sont placés l'un à côté de l'autre; pourquoi il peut être plus difficile lorsque les deux fœtus sont superposés, l'une des extrémités pouvant se trouver masquée ; et pour quelles raisons il est le plus souvent impossible, lorsque les deux fœtus sont placés l'un au-devant de l'autre.

DISCUSSION

M. Polaillon fait observer que, lorsqu'il y a deux fœtus dans l'utérus, ils sont généralement situés l'un à droite, l'autre à gauche, et que, quand l'utérus est mal conformé, on pour-

rait par la simple palpation extérieure facilement croire à une grossesse gémellaire ; dans ce cas, les doubles bruits du cœur seront les seuls moyens d'éclairer le diagnostic.

M. Budin pense que la forme seule de l'utérus ne donne que des notions insuffisantes pour établir un diagnostic certain, mais la palpation et l'auscultation permettent de reconnaître la grossesse gémellaire.

M. Polaillon fait allusion à un cas qu'il a observé à la Maternité et qu'il a publié.

M. Budin en a vu deux autres, l'un dans le service de M. Broca, l'autre dans le service de M. Tarnier ; les fœtus se présentaient par l'épaule, la tête était dans une corne de l'utérus, le siège dans l'autre corne, et il était impossible de faire la version par manœuvres externes.

—

M. Polaillon communique l'observation suivante :

Lipome de la région thoracique simulant une grosse mamelle surnuméraire : ablation ; réunion par première intention.

La nommée M... (Louise), âgée de 31 ans, repasseuse, entre le 13 mars 1882 à la Pitié. Elle présente, immédiatement en dehors et au-dessous du sein gauche, une tumeur dont le volume équivaut à celui de la mamelle. La tumeur est séparée de cette dernière par un sillon



dans le fond duquel la peau est immédiatement appliquée sur la paroi thoracique. Sur la tumeur elle-même la peau est saine, mobile, et a conservé son aspect normal. La production morbide n'est pas adhérente aux parties profondes. Elle est indolente spontanément et à la pression. A la palpation, je reconnais une consistance assez ferme et une agglomération de lobules peu distincts les uns des autres. La température locale n'est pas augmentée.

Il n'y a pas de doute qu'il s'agit d'un gros *lipome*. Le dessin ci-dessus, fait par M. Ménager, externe de mon service, en donne une idée très exacte.

Le début de la tumeur remonte seulement à une année ; et, depuis six mois, l'accroisse-

ment est très rapide. La malade ne peut en rattacher l'origine à aucune cause. Elle a toujours été bien portante.

La rapidité de la marche de ce lipome est une indication pour l'enlever, bien qu'il ne produise aucune douleur et qu'il n'occasionne qu'une gêne mécanique.

Le 21 mars, chloroformisation. Ablation de la tumeur avec le bistouri, en circonscrivant sur sa partie saillante, par deux incisions courbes qui se regardent par leur concavité, un segment de peau de forme losangique. Les lobules graisseux s'énucléent facilement. Deux ligatures avec fil de catgut. Suture avec cinq points de fil d'argent. Pansement de Lister. Pas de drain.

22. Point de fièvre. Point de malaise.

23. Premier pansement. J'enlève trois sutures. La plaie se réunit par première intention.

25. Ablation des deux dernières sutures.

28. La réunion est complète. Une cicatrice linéaire est la seule trace de l'opération.

L'*examen histologique* a fait voir qu'il s'agissait d'un lipome type limité par une enveloppe celluleuse assez dense.

M. POLAILLON termine la séance par une seconde communication. Il présente un corps étranger qui était arrêté en arrière de la fosse naviculaire du canal de l'urèthre, et qui ressemble à la phalange d'un orteil; c'est très probablement un os de mouton qui a été introduit dans l'urèthre par le malade. M. Polaillon a dû l'extraire au moyen d'une incision du méat urinaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr Henri BERGERON.

COURRIER

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. Lagarde, agrégé des sciences physiques, chargé de conférences de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de maître de conférences de physique et de minéralogie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Le Monnier est chargé, pendant l'année scolaire 1882-83, du cours de botanique et d'histoire naturelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur P. Cazeneuve a été nommé professeur de toxicologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Taguet est, par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 11 octobre 1882, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. le docteur Lagardelle, décédé.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. Hallez, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de maître de conférence d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le docteur Chedevergne, professeur de clinique médicale, est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole, en remplacement de M. le docteur Guérineau, décédé.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — M. Loir (Adrien), bachelier ès sciences, préparateur-adjoint de chimie générale à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé des fonctions d'aide-préparateur au laboratoire de chimie physiologique à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences physico-chimiques).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ferry, médecin-major de deuxième classe au 6e de ligne, qui vient de succomber à Saintes, des suites de la maladie qu'il avait contractée en Tunisie.

Né à Bralleville (Meurthe) le 29 avril 1849, entré à l'Ecole de Strasbourg le 13 octobre 1869, il en sortait aide-major de deuxième classe le 31 décembre 1874. Le grade de médecin-major de deuxième classe, juste récompense de son savoir et de son dévouement, venait de lui être conféré, quand la mort l'a frappé.

M. Roux médecin-major du 6e de ligne, et M. Warnod, lieutenant-colonel du régiment, ont dit le vide que laisse, parmi tous ceux qui l'ont connu, notre distingué confrère.

— Nous apprenons aussi la mort de M. Aledon Massina, médecin à Olms (Pyrénées-Orientales). Ce modeste praticien, qui a exercé pendant quarante ans la médecine dans cette petite commune, laisse les plus vifs regrets.

Concours. — Le jury des concours pour une bourse de voyage à accorder aux internes des asiles publics d'aliénés du département de la Seine se compose de MM. Bourneville, Guéniot, Lailler, Bigot, Dagonet, de Lamaëstre et A. Voisin.

Distinction honorifique. — M. Dhers, vétérinaire au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, et M. Vaysse, sergent à la 2e section d'infirmiers militaires, viennent de recevoir une médaille d'honneur (médaille d'argent, de deuxième classe) pour avoir, pendant les inondations survenues le 15 décembre 1881, dans les arrondissements d'Oran et de Mascara, sauvé, au péril de leur vie, plusieurs personnes en danger d'être noyées.

Asile des aliénés de Sainte-Anne. — Par arrêté préfectoral, le personnel du service des bains médicamenteux externes à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne est composé : 1° d'un médecin ; 2° d'un chef baigneur et d'un aide-baigneur pour hommes ; 3° d'une maîtresse baigneuse et d'une aide-baigneuse pour femmes. M. le docteur Criand (M.-P.) est attaché, à titre provisoire, en qualité de médecin, audit service des bains médicamenteux externes.

Asile des aliénés de Ville-Evrard. — On nous annonce l'agression dont a été victime, ces jours derniers, M. le docteur Espiau de la Maëstre, médecin-directeur de la Ville-Evrard. Un malade atteint du délire de persécution s'est efforcé de crever les yeux de notre distingué confrère. L'œil droit paraît avoir été seul gravement atteint.

— Une plaque, portant le nom de M. Alfonso, mort victime de son dévouement en remplissant provisoirement les fonctions d'externe, vient d'être placée à l'hôpital Trousseau où cet élève a contracté la fièvre typhoïde qui l'a emporté.

Concours. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux met au concours pour le prix Dubreuilh à décerner en 1883 la question suivante : De la valeur de la méthode antiseptique dans la prophylaxie et le traitement des affections puerpérales. Les mémoires des concurrents devront être adressés, avant le 30 août 1883, à M. le docteur Donaud, secrétaire général de la Société, 10, allée de Tourny, à Bordeaux.

Enseignement supérieur en Belgique : *bourses de voyage*. — Douze bourses de voyages de 2,000 francs par an et d'une durée de deux ans sont mises au concours chaque année et réparties entre les docteurs en droit, en médecine, en philosophie et lettres, en sciences naturelles, en sciences physiques et métaphysiques, et les pharmaciens. Ces bourses ont pour objet de permettre aux lauréats d'aller étudier dans les pays étrangers les institutions et les choses de leur spécialité. Chacun d'eux doit, pour justifier du bon emploi de la somme allouée, faire parvenir au Ministère de l'Instruction publique un mémoire ou rapport constituant un travail sérieux, et le payement du dernier quart de la bourse est subordonné à cette justification.

Les épreuves du concours ont consisté jusqu'ici : 1° en la présentation d'une thèse sur un sujet tiré au sort, pour les docteurs en droit et en médecine, et librement choisi pour les concurrents des autres catégories ; 2° en une défense publique de cette thèse. — Mais le conseil de perfectionnement de l'enseignement supérieur a jugé qu'il y avait lieu de laisser désormais les docteurs en droit et en médecine choisir, eux aussi, le sujet de leur mémoire. Il aut, pense-t-il, favoriser avant tout les spécialistes, qui seuls font progresser la science, et par conséquent laisser à chacun le soin de choisir sa spécialité ; c'est en favorisant les spécialistes, ajoute le rapport adressé au roi par le ministre de l'instruction publique, que l'Allemagne a préparé sa prépondérance scientifique. Désormais, la seule limitation imposée au libre choix des concurrents sera l'obligation de prendre le sujet de thèse dans le programme des matières théoriques faisant l'objet des études universitaires. Une autre innovation consistera en ce que tous les pharmaciens seront admis au concours, sans qu'ils aient besoin, comme par le passé, d'avoir obtenu leur diplôme avec la plus grande distinction (*Revue générale d'administration*).

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique infantile le mercredi 15 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA VALEUR DES RESPIRATIONS ANOMALES DANS LE DIAGNOSTIC DU DÉBUT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 9 juin 1882,

Par M. le Dr J. GRANCHER, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

Laënnec, dans son admirable *Traité de l'auscultation*, auquel on ne peut guère reprocher que la simplicité un peu idéale de certaines descriptions, s'était laissé séduire par l'idée de trouver pour chacune des périodes de la phthisie un signe pathognomonique.

D'après lui, le *premier degré* de la tuberculose, c'est-à-dire l'accumulation dans le poumon de tubercules miliaires crus, est caractérisé par une *bronchophonie diffuse*, laquelle est accompagnée ordinairement de *submatité ;* le *ramollissement* des tubercules est indiqué par le *gargouillement* avec *pectoriloquie imparfaite* et *souffle;* la *caverne* a comme signes pathognomoniques la *pectoriloquie parfaite* et les *râles caverneux*.

Les éditions successives de l'œuvre de Laënnec reproduisirent, sans les modifier, et cette division de la phthisie en trois périodes et cette catégorisation des signes physiques. Mais Andral ajouta à l'édition de 1837 une note importante qui apportait à la fois un correctif et un complément au texte de Laënnec en ce qui concerne la première période :

« Aux signes fournis par l'auscultation de la voix, dit Andral, il faut ajouter ceux que donne l'auscultation du bruit respiratoire : ici les cas suivants peuvent se présenter.

« Premier cas : le bruit respiratoire a conservé *toute sa pureté*, *tout son moelleux et toute sa force*. Il en est ainsi lorsque les tubercules, bien qu'assez nombreux, sont encore d'un petit volume et séparés les uns des autres par de grands intervalles dans lesquels le tissu du poumon a conservé toute sa perméabilité.

« Deuxième cas : le bruit respiratoire est devenu beaucoup *plus faible* du côté où se sont produits les tubercules, soit qu'en même temps le son des parois thoraciques ait pris plus d'obscurité, soit qu'il ne se soit pas modifié, ce qui est loin d'être rare, soit enfin qu'il soit devenu plus clair (ce qui ne peut avoir lieu que s'il y a coïncidence d'emphysème).

« Cette diminution de l'intensité du bruit respiratoire se lie à l'existence de tubercules plus nombreux que sa conservation.

« Troisième cas : le bruit respiratoire vient à se décomposer en deux bruits. L'un correspond au temps pendant lequel l'air pénètre dans les bronches. C'est le seul bruit qui doive s'entendre dans l'état normal ; il peut être encore assez fort, *mais il a perdu de son moelleux et de sa douceur accoutumées ;* il peut être aussi devenu très faible, avoir, par exemple, une intensité deux ou trois fois moindre que le bruit qui, de l'autre côté, accompagne l'inspiration. Un second bruit suit celui-là, tantôt peu prononcé, et perceptible seulement lorsqu'on recommande au malade de respirer profondément ; tantôt très fort, ressemblant à une sorte de souffle, et masquant presque entièrement le bruit qui le précède. Ce second bruit a lieu pendant le temps de l'expiration... Ce bruit d'expiration indique l'existence de tubercules déjà assez volumineux et qui ont oblitéré plusieurs tuyaux bronchiques. On peut l'entendre, soit dans les régions sous-claviculaires, soit dans les fosses sus et sous-épineuses. »

Il semble que les remarques d'Andral soient passées inaperçues, ou, en tout cas, qu'on n'en ait pas apprécié toute la valeur, car, en 1843, Louis, divisant la phthisie en deux périodes, décrit, pour la première, un ensemble de signes des plus complexes. Voici ce qu'il dit :

« L'existence simultanée, au sommet du poumon gauche, d'une expiration un peu prolongée et un peu dure, d'un peu de bronchophonie et de quelques craquements, dans un cas où les symptômes rationnels laissent encore beaucoup d'incertitude, lèverait *à peu près* tous les doutes, et une altération légère de la sonorité de la poitrine dans le point correspondant les dissiperait complètement. »

Cet enseignement de Louis est reproduit encore aujourd'hui dans les livres classiques, et sert de règle de conduite à la plupart des médecins.

Ce n'est pas que Louis ou ceux qui l'ont suivi ignorent l'ordre de succession des signes qui peuvent se montrer dans le cours de la tuberculose; tous, au contraire, se plaisent à constater que les signes d'auscultation précèdent les autres, et que, pendant un temps plus ou moins long, les tubercules ne se révèlent que par des modifications dans l'intensité, le timbre ou le rhythme de la respiration, sans altération des vibrations et du son.

Ce n'est pas non plus que l'étude des respirations anormales ait été négligée, car, après Andral, elles ont été décrites avec beaucoup plus d'exactitude encore; on a insisté sur les divers degrés de l'affaiblissement du murmure vésiculaire; les modifications du timbre de la respiration ont été subdivisées en respiration granuleuse, rude, râpeuse; la respiration saccadée, signalée pour la première fois par Raciborsky et bien étudiée par M. Bourgade a été considérée par MM. Hérard et Cornil, et surtout par M. Peter, comme un des meilleurs signes du début de la tuberculose.

M. Jaccoud ne manque pas, dans l'énumération des signes de début, d'indiquer toutes ces respirations anomales.

Tout le monde, en un mot, accepte leur existence et reconnaît leur valeur; mais quand il s'agit de passer de la théorie à la pratique, et quand on se demande quels sont les signes nécessaires et suffisants pour affirmer la tuberculose, on oublie les prémisses posées, et on fait intervenir à la fois l'auscultation, la percussion et la palpation, comme s'il n'y avait pas de diagnostic possible hors l'association de ces trois ordres de signes.

Je pourrais rappeler ici l'opinion de la plupart des médecins qui se sont occupés de la question, et de ceux-là même qui paraissent attacher la plus grande importance à ces respirations anomales. Je me contenterai de citer un passage du livre de MM. Barth et Roger, à la lecture duquel plusieurs générations médicales se sont formées à l'auscultation.

Voici, par exemple, ce qu'ils disent à propos de la respiration rude : « Est-elle accompagnée d'un bruit d'expiration prolongée, avec retentissement de la voix et son obscur à la percussion, on diagnostiquera des tubercules crus, et si, plus tard, il survient des craquements secs ou humides, on saura que le ramollissement de ces tubercules commence. »

Il est certain que ces déductions sont irréprochables; mais on peut se demander s'il est néces saire que tous ces signes soient réunis pour que le médecin se fasse une opinion, et, retournant la phrase de MM. Barth et Roger, on peut poser la question suivante : si la respiration rude ou toute autre respiration anomale n'est pas accompagée des signes que vous dites, s'il n'existe en même temps ni retentissement de la voix, ni son obscur à la percussion, ni craquements, est-il impossible d'affirmer la tuberculose?

Ce luxe de signes physiques indiqué ou réclamé par les auteurs a le grave inconvénient de laisser régner dans la pratique une très grande incertitude sur le moment où le diagnostic peut et doit être posé. La jurisprudence médicale est tellement confuse sur ce point qu'il n'est pas de jour ou deux ou trois médecins consultés par un malade ne se trouvent en désaccord formel sur la signification à accorder à tel ou tel signe d'auscultation. Le premier affirme la tuberculose, le second la nie, le troisième reste hésitant, et le malade, ballotté entre ces opinions

diverses, se décide à attendre. Plus tard apparaissent les craquements et l'obscurcissement du son; mais six mois ou un an se sont écoulés que l'on aurait fort utilement employés si l'on avait fait le diagnostic tout de suite.

Sans doute l'opinion classique est exacte, et si l'on prend à la lettre le texte de Laënnec ou celui de MM. Barth et Roger, on est obligé de reconnaître qu'il n'y a rien à y reprendre. Mais le *tubercule cru* dont parlent ces auteurs est-il bien réellement la lésion initiale et la forme la plus réduite de la tuberculose? Ce n'est pas, à coup sûr, ce que nous enseigne l'étude du processus tuberculeux.

Nous savons aujourd'hui que ce tubercule miliaire résulte de la conglomération d'un certain nombre de tubercules microscopiques qu'on appelle des follicules tuberculeux; ce follicule tuberculeux est lui-même composé d'éléments que l'on peut retrouver isolés, à savoir les cellules géantes et les cellules embryonnaires.

Il y a donc, depuis l'apparition dans le parenchyme du poumon de la première cellule embryonnaire jusqu'à la production du tubercule miliaire adulte, toute une série d'étapes plus ou moins rapidement parcourues, dont l'ensemble constitue, à proprement parler, une *période de formation*. C'est cette période que Bayle avait pressentie, et qu'il désignait sous le nom de *période de germination*.

Il faut donc renoncer, au point de vue anatomique, à considérer les tubercules miliaires crus comme appartenant à la première période de la tuberculose, et, par suite, sur le terrain de la clinique, on ne doit plus accepter comme caractérisant le début de cette maladie les signes physiques que les auteurs rattachaient, à juste titre, à cette lésion. Et comme tout le monde reconnaît que les altérations du murmure vésiculaire se montrent longtemps avant les signes fournis par la percussion et la palpation, il est logique d'admettre que ces altérations sont précisément en rapport avec la période de formation ou de germination.

Dès lors, la question qui se pose est la suivante : *l'une quelconque des respirations anomales, la respiration rude, la respiration saccadée, la respiration faible, suffit-elle, quaad elle est isolée, pour le diagnostic de la tuberculose?*

A cette question je n'hésite pas, pour ma part, à répondre : oui, le plus souvent, et dans certaines conditions déterminées, les respirations anormales suffisent pour ce diagnostic.

La chose est, à mon sens, d'autant plus importante à décider que l'évolution tuberculeuse se poursuit pendant de longs mois et même pendant des années sans donner lieu à d'autres signes qu'à ces respirations anomales, et qu'un traitement énergique appliqué pendant tout ce temps permettrait le plus souvent d'obtenir des guérisons radicales, tandis que, si l'on reste dans l'incertitude, et si l'on attend pour formuler ce diagnostic l'apparition des craquements et de la matité, on laisse se produire des lésions irréparables ou dont on ne triomphera désormais qu'avec la plus grande difficulté.

Il me reste maintenant à déterminer les conditions dans lesquelles ces respirations anomales peuvent avoir la signification absolue que je leur ai assignée.

Et d'abord il y a un fait qu'il importe de retenir, c'est que les anomalies qui portent sur l'inspiration sont à la fois plus précoces et plus significatives que celles qui portent sur l'expiration. Cela est vrai pour la respiration saccadée et pour la respiration faible; c'est vrai surtout pour la respiration rude, et les raisons en sont faciles à comprendre.

A l'état physiologique, l'inspiration peut présenter une intensité variable suivant les régions que l'on ausculte, mais, quelle que soit sa *force*, elle présente partout la même *douceur* et le même *moelleux*; en outre, elle donne partout la même *note* musicale. Au contraire, pour des raisons qu'il est difficile de déterminer, mais indépendamment de tout état pathologique, le timbre de l'expiration présente d'un point à un autre des différences assez considérables. Les anomalies de l'inspiration sont donc plus significatives que celles de l'expiration.

Elles sont, en outre, beaucoup plus précoces.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Présentations. — Suite de la discussion sur l'ulcération des artères dans les foyers purulents. — Présentation de malades : Ostéotomie pour un cal vicieux, guérison ; — amputation de la jambe guérie en 21 jours sans pansement antiseptique. — Présentation de pièce pathologique : Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Lucas-Championnière présente : 1° au nom de M. le docteur Queirel (de Marseille), cinq observations d'hystérectomie ; 2° de la part de M. le docteur Maréchal (de Brest), un mémoire sur l'opération de la fistule vésico-vaginale pratiquée à l'aide d'un instrument de son invention.

— M. Monod fait un rapport sur une observation de M. le docteur Bouilly, relative à un cas d'hémorrhagie par ulcération artérielle dans un foyer purulent, provenant d'une ostéomyélite ancienne du fémur.

Le sujet de cette observation est un individu de 32 à 33 ans, qui entra à l'hôpital Necker pour une collection purulente existant au tiers inférieur de la cuisse. M. Bouilly pratiqua une incision pénétrant dans un foyer profond, situé dans le creux poplité, où le doigt pouvait sentir battre les vaisseaux à nu. Il évacua le foyer et lava la cavité à l'eau phéniquée, et y plaça un drain; mais la fièvre ne cessa pas pour cela.

Quinze jours après, au moment de la visite du matin, une hémorrhagie grave se déclara subitement. M. Bouilly appliqua aussitôt une pince sur l'artère poplitée et pratiqua la ligature de l'artère fémorale. Deux jours après, le malade fut trouvé mort dans son lit.

Ce fait prouve une fois de plus que les artères situées dans des foyers purulents peuvent s'ulcérer, au contact du pus, se perforer et donner lieu à des hémorrhagies graves. Ici, on ne peut incriminer le drain placé dans la plaie, puisque l'hémorrhagie s'est faite quinze jours après l'ouverture du foyer. M. Bouilly pense que l'ulcération artérielle et l'hémorrhagie, dans ce cas, se sont produites sous l'influence de l'état général mauvais du malade ; mais M. le rapporteur fait remarquer que, dans un très grand nombre d'observations semblables, les accidents hémorrhagiques ont eu lieu sans que l'on pût invoquer cette cause. Suivant lui, dans un très grand nombre de circonstances, les artères en contact avec le pus s'enflamment, il se produit une artérite qui s'accompagne de l'atrophie de la tunique moyenne de l'artère, d'où dilatation, amincissement et rupture des parois du vaisseau. L'état général peut, sans doute, avoir une certaine influence sur ce travail pathologique, mais il n'en est pas toujours ainsi, à beaucoup près; de même on put, dans certains cas, invoquer l'influence d'une cause mécanique.

M. le rapporteur propose : 1° de déposer le travail de M. Bouilly aux archives; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire. (Adopté.)

M. Trélat ne comprend pas très bien la comparaison que M. Monod a établie entre la théorie de l'ulcération des artères par inflammation et ramollissement des parois et la théorie de la perforation pour cause de septicémie. Les deux ordres de faits qui servent de base à cette comparaison ne sont pas opposés, ils sont différents. Les quelques cas qu'il a eu occasion d'observer ont conduit M. Trélat à dire : 1° Qu'il y a des cas d'hémorrhagie artérielle incontestablement dus au ramollissement des parois des artères plongées dans un foyer de suppuration, sans qu'il y ait lieu d'accorder une part d'influence, dans ce travail, à l'état général du malade ou à la septicémie; 2° Qu'il y a d'autres cas, dans lesquels l'hémorrhagie artérielle doit être mise sur le compte de l'altération septicémique de l'organisme.

M. Trélat a été témoin, il y a longtemps déjà, d'un remarquable exemple de la première catégorie de faits dans la clinique de Roux à l'Hôtel-Dieu ; il a eu, d'autre part, dans la dernière guerre, l'occasion trop fréquente de voir, à la suite des amputations, des hémorrhagies artérielles incoërcibles se produire et se renouveler avec une persistance désespérante, en dépit de tous les moyens employés pour les arrêter ou les prévenir, chez des malades atteints de septicémie évidente. Dans ces derniers cas, l'hémorrhagie avait sa cause dans un état particulier de l'organisme, en vertu duquel le travail de la cicatrisation, ou si l'on veut les phénomènes plastiques d'hémostase définitive étaient impuissants à s'accomplir. A peine le bouchon matériel, qui oblitérait la tumeur du vaisseau, était-il enlevé, l'hémorrhagie se produisait par suite de la non-adhésion des parois. Ce sont là deux catégories de faits entièrement distincts et entre lesquelles on ne peut établir aucune sorte de comparaison.

M. Verneuil voudrait ramener la discussion sur son véritable terrain. Il ne s'agit pas ici,

comme le pense M. Trélat, d'hémorrhagies consécutives à des lésions des vaisssaux par traumatisme accidentel ou chirurgical, non; il s'agit seulement de cas dans lesquels des perforations se sont produites sur des artères situées au voisinage de cavités purulentes. Il y a des hémorrhagies artérielles qui se produisent absolument sous l'influence de la septicémie. Quand il existe un foyer purulent en contact avec une artère, en vertu de cet état particulier de l'organisme que l'on désigne sous le nom de septicémie, la paroi artérielle subit un travail de ramollissement inflammatoire, par suite de la disparition de la couche granuleuse protectrice, qui s'était formée tout d'abord sur la membrane externe de l'artère.

De même quand on a pratiqué l'extirpation d'une tumeur, l'artère qui se trouve au contact du foyer de la plaie de l'opération, se couvre, à la surface de sa tunique externe, d'une couche protectrice de bourgeons charnus, due à une périartérite qui a pour effet d'épaissir la paroi artérielle et de la consolider. On peut, sans inconvénient, dans les opérations d'ablation de tumeurs, mettre à nu les vaisseaux artériels; jamais on n'a à craindre l'ulcération et la perforation des parois de ces vaisseaux, jamais on n'a d'hémorrhagie artérielle, à la condition que les opérés ne soient pris ni de fièvre chronique, ni de septicémie. Mais si, lorsque cette couche granuleuse s'est formée, il survient de la fièvre persistante, comme dans les états cachectiques, chez les tuberculeux, etc., alors cette couche granuleuse protectrice disparaît, la tunique moyenne, n'étant pas protégée, s'enflamme, s'atrophie, se résorbe, s'ulcère et finalement se rompt.

Il existe donc deux espèces d'hémorrhagies artérielles de cause septicémique : 1° les hémorrhagies consécutives à la blessure, au traumatisme accidentel ou chirurgical des artères; 2° les hémorrhagies qui surviennent chez des individus septicémiques ayant, au voisinage d'une artère, des foyers purulents ouverts ou fermés. C'est l'état général septicémique qui, dans les deux cas, amène la fonte de la paroi artérielle.

M. Trélat ne saurait admettre, avec M. Verneuil, que dans tous les cas les choses se passent de la même manière; les deux mécanismes, celui qui dépend d'une action locale et celui qui est sous l'influence d'un état général, existent également et ont été observés. La marche et l'évolution du processus diffèrent essentiellement dans les deux cas.

M. Monod, parmi les observations nombreuses qu'il a eu occasion de colliger dans les recueils périodiques français et surtout étrangers, a été frappé de ce fait que, dans un certain nombre de cas bien observés, il n'existait aucun phénomène septicémique, tandis que dans d'autres ces phénomènes avaient été notés.

M. Desprès dit que, dans toute une série de faits que comprend la statistique donnée par M. Monod, lors de sa précédente communication, il s'agit d'ulcérations de vaisseaux par usure mécanique ou par le contact de séquestres osseux. Ces faits n'ont rien à voir dans la question des ulcérations artérielles dans les foyers phlegmoneux, les abcès tuberculeux ou les abcès par congestion. L'inflammation ulcérative des artères, dans ces trois catégories d'observations, est rare, et c'est à peine si l'on en peut citer quelques exemples parfaitement authentiques.

M. Lannelongue, dans les abcès tuberculeux qu'il a particulièrement étudiés, a plusieurs fois eu l'occasion de constater des hémorrhagies. Il n'est même pas, suivant lui, d'abcès tuberculeux qui n'ait du sang dans son intérieur. Ce sang est dû, le plus ordinairement, à l'ouverture de vaisseaux capillaires dans la cavité de l'abcès.

Dans d'autres circonstances, lorsqu'une artère est en contact avec le liquide du foyer tuberculeux, la paroi artérielle se recouvre d'une couche considérable de cellules embryonnaires; les deux membranes externe et interne prolifèrent, tandis que la membrane moyenne s'atrophie et se résorbe; les éléments embryonnaires en voie de prolifération tombent d'une part dans la cavité de l'abcès et d'autre part dans l'intérieur du vaisseau qui finit par s'oblitérer. Il ne se produit pas dans ce cas d'hémorrhagie.

Mais, dans d'autres cas, la paroi artérielle n'a pas de résistance; les éléments embryonnaires de la membrane externe tombent dans la cavité de l'abcès, la paroi s'amincit de plus en plus par résorption de la tunique externe et de la tunique moyenne, et si la lumière du vaisseau n'est pas complètement oblitérée, l'artère finit par s'ouvrir dans la cavité de l'abcès en donnant lieu à une hémorrhagie plus ou moins considérable. Ce n'est donc pas impunément qu'un individu conserve longtemps un foyer purulent. Les hémorrhagies sont fatales dans les abcès tuberculeux, soit par ouverture des capillaires dans le foyer, soit par ouverture d'une artère dans ce même foyer, consécutivement à une périartérite ulcéreuse de la membrane externe de ce vaisseau.

M. Monod est heureux de voir M. Lannelongue, par ses observations anatomo-pathologiques

très précises, venir à l'appui d'une pathogénie que M. Monod avait indiquée seulement d'après des déductions un peu théoriques.

Quant à l'opinion reproduite avec insistance par M. Desprès sur l'origine mécanique des hémorrhagies artérielles dans les foyers purulents, en particulier par le contact de séquestres osseux, M. Monod fait observer que dans un travail publié en Allemagne en 1881, et contenant une série de quinze cas d'hémorrhagie par perforation de l'artère carotide interne dans des caries du rocher, il n'y a que deux cas dans lesquels l'existence d'un séquestre soit signalée ; dans tous les autres cas, la perforation de l'artère s'est produite en l'absence de tout séquestre. On doit donc admettre nécessairement que, dans certains cas, les artères peuvent être perforées dans les cavités des foyers purulents, en dehors de toute cause mécanique quelconque.

M. Desprès admet avec M. Lannelongue que les abcès tuberculeux peuvent s'accompagner d'hémorrhagies capillaires; mais il n'a jamais vu de malade mourir d'hémorrhagie par rupture d'une artère dans un abcès tuberculeux ou par congestion.

Dans ces deux sortes d'abcès, l'ouverture spontanée d'une artère est exceptionnellement rare, de même que dans les abcès chauds.

A M. Monod, M. Desprès répond que les premiers faits d'ulcération de la carotide interne à la suite d'ostéite et de carie du rocher ont été observés en France et présentés à la Société anatomique. Or, dans toutes ces observations présentées avec pièces à l'appui, il a été constaté que l'artère était toujours perforée au même point, c'est-à-dire dans la partie où elle était en contact avec l'os dénudé sur lequel elle avait fini par s'user à la longue par ses battements.

M. Trélat fait observer que MM. Lannelongue et Desprès pourraient discuter fort longtemps sans s'entendre, l'un parlant d'hémorrhagies capillaires, de petits écoulements de sang dans les abcès tuberculeux ; l'autre parlant d'hémorrhagies artérielles graves, abondantes. Il est certain que M. Desprès a raison s'il s'agit d'abcès tuberculeux ayant cessé de proliférer et ayant subi la transformation en vertu de laquelle l'abcès se trouve désormais circonscrit par une membrane fibreuse, dense, organisée, définitive qui peut être considérée comme une des formes de la guérison ; ces conditions sont défavorables aux hémorrhagies. Il en est de même des abcès par congestion, qui ne sont à vrai dire, à leur origine, que des abcès tuberculeux ; si on les considère après leur migration, loin de leur source originelle, alors qu'ils ont terminé leur période d'activité végétante, ils ne paraissent plus susceptibles de provoquer l'ulcération et la perforation des artères au voisinage des lieux qu'ils ont envahis ; on observe rarement des hémorrhagies dans les abcès migrateurs ou par congestion, comme le dit M. Desprès ; mais c'est pendant leur phase active de prolifération et de végétation que les abcès tuberculeux, dont les abcès par congestion ne sont qu'une variété, peuvent, comme l'a très bien expliqué M. Lannelongue, provoquer l'ulcération et la perforation des vaisseaux et, par suite, des hémorrhagies plus ou moins graves et abondantes. C'est donc là une question complexe dont il importe d'analyser les éléments divers, si l'on veut se rendre bien compte des faits et ne pas tirer de ces faits des déductions erronées.

— M. Verneuil présente un malade auquel il a pratiqué avec succès l'ostéotomie du fémur. Cet homme, à la suite d'un traumatisme grave causé par une lourde voiture qui lui avait passé sur la cuisse, avait fini par guérir, mais en conservant une difformité considérable et d'un diagnostic très difficile. Le membre était immobilisé dans l'abduction, avec un raccourcissement très marqué. Le malade ne pouvait marcher qu'à l'aide de deux béquilles. M. Verneuil avait d'abord pensé à une luxation obturatrice de la hanche; mais en examinant de nouveau le malade, après l'avoir endormi au moyen du chloroforme, il put constater que les mouvements de l'articulation étaient parfaitement conservés et que la difformité n'était que le résultat d'une fracture du fémur vicieusement consolidée avec un cal difforme. Il se décida, en conséquence, à pratiquer l'ostéotomie au mois de juillet dernier. Une incision de 5 à 6 centimètres, faite au-dessous du grand trochanter, permit d'aborder le fémur qui fut sectionné, en deux minutes ou deux minutes et demie, à l'aide de l'admirable ciseau de Mac Ewen. De la gaze phéniquée, de l'ouate et des attelles plâtrées qui restèrent en place seulement jusqu'au troisième jour, constituèrent tout l'appareil de pansement. Au bout de sept ou huit jours, la plaie était presque fermée et, au bout d'un mois, le malade était complètement guéri sans accident, sans formation d'esquille ni de séquestre. Aujourd'hui le malade, ainsi que tout le monde a pu le voir à la séance de la Société de chirurgie, marche sans difficulté ; il peut marcher assez longtemps sans fatigue.

M. Lucas-Championnière félicite M. Verneuil du beau résultat qu'il a obtenu et ajoute qu'il a pratiqué, dernièrement, l'ostéotomie à un individu atteint de *genu valgum*. L'opération a

parfaitement réussi, malgré les difficultés très grandes que présentait la section du tissu osseux éburné et d'une dureté extrême. Cette section a été, en effet, très longue et laborieuse. Le malade est aujourd'hui en voie de guérison et sera prochainement présenté à la Société de chirurgie.

— M. DESPRÈS présente un malade auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire pour une tumeur blanche du genou, et pour lequel il n'a employé d'autre pansement que le vieux pansement des anciens chirurgiens. Pendant les premiers jours, la plaie à laquelle M. Després n'a pas cru devoir appliquer la réunion immédiate, a été pansée avec des compresses imbibées d'eau mélangée avec un peu d'alcool camphré; puis ce pansement a été remplacé par le linge troué enduit de cérat simple et recouvert de charpie ordinaire. Il n'y a eu ni fièvre ni suppuration proprement dite.

Au bout de sept ou huit jours, la réunion des parties profondes s'était effectuée; dès le vingt-unième jour, la guérison était à peu près complète, le malade marchait, pouvait sortir et eût été présenté à la Socité de chirurgie si elle eût siégé ce jour-là, fête de la Toussaint.

M. Després défie les partisans de la méthode antiseptique de venir montrer des cas semblables de guérison.

Les collègues de M. Després, en particulier MM. Trélat, Marc Sée et Nicaise, n'ont point paru partager la satisfaction de l'auteur pour la beauté des résultats de son opération, ni son admiration pour le vieux pansement de nos pères; ils lui ont même adressé quelques critiques et ont essayé de lui montrer qu'en mettant en pratique les nouvelles méthodes opératoires et le pansement antiseptique, il serait arrivé à des résultats plus satisfaisants. A ces critiques M. Després, qu'on ne prend jamais sans vert, a répondu avec sa verve habituelle. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de reproduire cette courte et vive discussion.

— M. Théophile ANGER met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique provenant d'un malade auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur de diagnostic difficile. Dans la prochaine séance, M. Anger doit communiquer le complément de son observation relatif à l'examen histologique de la pièce qui permettra d'asseoir définitivement le diagnostic un peu flottant encore entre un ostéosarcome, une tumeur anévrysmale ou une tumeur à myéloplaxes.

Nous donnerons, dans notre prochain compte rendu, le résumé de cette intéressante observation. — A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Sur la coloration rouge de l'urine des diabétiques par l'action du perchlorure de fer, par JACKOCH. — On sait, depuis Gerhardt, que l'urine des diabétiques prend une coloration rouge, quand elle est traitée par le perchlorure de fer, et que cette réaction a été attribuée à l'acide éthyldiacétique, qui donne, en se décomposant, de l'alcool, de l'acétone et de l'acide carbonique. D'autres substances donneraient lieu à la même réaction, entre autres l'acide salicylique et ses sels; l'urine chauffée jusqu'à l'ébullition perdrait l'acide éthyldiacétique; on a là, entre autres, un moyen facile de différenciation.

D'un assez grand nombre d'examens de l'urine à ce point de vue, l'auteur conclut : que l'urine a donné la réaction en question dans tous les cas où le malade est mort dans le coma; mais qu'elle s'est présentée également dans bon nombre de cas où il n'y avait pas de coma. Le régime intervient peu dans sa production; la diète carnée n'y est pour rien, non plus que l'administration de certains médicaments, de l'huile de foie de morue, de l'acide lactique, de la mannite, et même de l'acide éthyldiacétique ou de l'acétone. On peut enfin la retrouver dans l'urine de la scarlatine, de la rougeole et d'autres exanthèmes aigus. (*The London medical Record*, 15 juin 1882.)

Emploi thérapeutique de la nitro-glycérine, par KORCZYNSKI. — L'auteur emploie de 1 à 6 gouttes d'une solution de nitro-glycérine au 100e. Les effets physiologiques se rapportent à la circulation et aux centres nerveux. Deux ou trois minutes seulement après l'administration du médicament, l'impulsion du cœur est augmentée, les bruits plus forts, le pouls monte de 8 à 16 pulsations; en même temps, abaissement de la tension artérielle. Pas de palpitations à proprement parler. Les symptômes restent manifestes pendant trois quarts d'heure environ, puis l'ordre se rétablit peu à peu.

Avec 2 gouttes seulement de la solution au centième, un violent mal de tête ne tarde pas à se produire; la face se congestionne. Avec 6 gouttes, on observe de la photophobie, des

battements céphaliques douloureux coïncidant avec chaque pulsation, des bourdonnements d'oreille à la fin de chaque inspiration. Tout travail intellectuel ou corporel est naturellement impossible. Aucun changement dans la quantité journalière des urines, ni leur composition.

Les recherches thérapeutiques ont porté sur 35 malades, 18 fois avec des résultats positifs, 12 fois avec des résultats négatifs, 5 fois résultats douteux. La dose ordinaire était de 1 à 4 gouttes de la solution au centième; très exceptionnellement 10 à 15; un malade en prit de son chef jusqu'à 30 gouttes, dose qui pouvait seule calmer les accès d'angine de poitrine dont il souffrait.

Les effets sont très remarquables dans l'asthme; donnée au commencement de l'accès, la nitro-glycérine l'arrête presque toujours, et, fait remarquable, elle agit beaucoup mieux dans l'asthme avec emphysème, que dans l'asthme nerveux, sans lésion. Son action prophylactique paraît également incontestable.

L'angine de poitrine est grandement atténuée dans ses accès, quand ils ne sont pas complètement arrêtés. Ici l'action du médicament est également favorable, que l'affection se rattache à une lésion organique du cœur et des gros vaisseaux ou à une névrose essentielle. Préventivement, la nitro-glycérine s'est encore montrée d'une certaine efficacité.

Les résultats de son emploi dans quelques autres sont beaucoup moins concluants (chorée, diabète, tremblement mercuriel); mais ceux qui ont été obtenus dans le traitement de l'asthme, de l'angor pectoris et de leurs accès sont réellement de nature à justifier sa vulgarisation. (*Wien. med. Wochenschrift*, 1882, n° 6, et *Schmidt's Jahrbücher*, 1882, n° 2.)

Hémorrhagies multiples à la suite d'une frayeur, par Mehrer. — Un jeune sourd-muet, de 14 ans, ayant éprouvé une vive frayeur à l'occasion d'un feu, fut pris, deux jours après, de saignements de nez violents qui résistèrent 24 heures à un tamponnement sommaire au perchlorure de fer et à l'emploi de la digitale. L'indocilité du sujet empêcha une première fois de se servir de la sonde de Belloc; mais on put enfin l'introduire, grâce à la grande faiblesse voisine de la syncope. A peine l'épistaxis était-elle conjurée, qu'il survint des vomissements de sang frais, de provenance stomacale indubitable, qui résistèrent vingt-quatre heures à l'emploi de la glace, et qui ne cédèrent enfin que pour faire place à une expectoration sanglante à la suite d'efforts de toux. Ce dernier accident fut combattu avec succès par le seigle ergoté, et l'enfant reprit bientôt sa santé habituelle. (*Wiener med. Presse*, 1881, n° 6.)

De la résection du poumon et de ses indications, par Block, de Dantzig. — L'auteur de cette fantaisie expérimentale a rapporté récemment au Congrès des chirurgiens à Berlin (2 juin 1882) les résultats qu'il a obtenus de cette mutilation sur une soixantaine d'animaux : lapins, chiens, cochons, vache. C'est, pour lui, une opération parfaitement tolérée par ces animaux; ce qui reste du ou des poumons, une fois le pneumo-thorax disparu, assume une exagération compensatrice de fonctionnement, qui suffit à assurer la vie dans certains cas.

Les indications, en chirurgie humaine, sont très précises : traumatisme grave du poumon, corps étrangers du poumon, et surtout les processus avancés de la phthisie, qu'il serait possible d'enrayer par la suppression des foyers caséeux primitifs! (*Berlin klin. Wochenschrift*, 17 juillet 1882.)

Un cas d'athétose traité par l'élongation, par Graeme M. Hammond. — Cette opération a été tentée, jusqu'ici, une seule fois dans l'athétose; il en était résulté une paralysie de la main, attribuée à ce qu'on avait déployé une force excessive. Dans le cas actuel, l'athétose était portée a un haut degré; les mouvements convulsifs duraient jour et nuit, empêchant le sommeil et ayant gravement compromis la santé générale. En même temps, des accès épileptiformes se répétaient six ou sept fois la semaine. On pratiqua l'élongation du médian qui céda avec facilité; l'extension ne dépassa pas un demi-pouce, fort modérée comme on voit, et on l'exerça sur le bout central et le bout périphérique également. Les résultats furent immédiats. A son réveil, le malade avait son membre parfaitement immobile, et après cinq semaines il est resté tel. En même temps les attaques d'épilepsie ont diminué au point de ne revenir que deux fois dans ce laps temps. Le résultat est d'autant plus remarquable pour l'auteur que l'athéthose reconnaît généralement une lésion matérielle permanente du corps strié. L'amélioration de l'ataxie par l'élongation du sciatique demeure tout aussi inexplicable. (*Boston med. and surg. Journ.*, 6 juillet 1882.)

Troubles nerveux dans la syphilis secondaire, par Finger. — D'après des recherches qui ont porté sur 50 cas de syphilis récente, l'auteur a constaté qu'il existait immédiatement avant l'éruption secondaire, une exagération quelquefois considérable de l'irritabilité réflexe cutanée ou profonde. Ensuite vient une diminution de cette irritabilité, qui tombe au-dessous de la normale, remonte lentement et n'atteint ses conditions ordinaires que quelques semaines

après la disparition de l'éruption. L'auteur n'est pas à même d'affirmer si le point de départ de ces troubles est périphérique ou central (irritation méningée précoce). (*Viertelj. für Dermat., etc.*, et *London medical Record*, 15 août 1880.) R, LONGUET.

CHRONIQUE

Manière curieuse de se suicider. — Une enquête fut ouverte à la fin de mai, au sujet d'une femme qui avait été en traitement à l'hôpital de femmes de Cork, pour une métrite du col. On la soignait depuis un mois, et elle était sur le point d'être guérie, quand on s'aperçut qu'elle ne tenait pas à rentrer chez elle. Un matin, à 6 heures un quart, on la trouva morte, et l'extrémité d'un bas lui sortait de la bouche.

Une autre malade l'avait vue à cinq heures du matin se lever et fermer la fenêtre, puis retourner à son lit, après quoi, elle l'avait entendue se plaindre (ce qui n'est pas rare à l'hôpital). Le docteur Cummins certifia que cette femme etait morte étouffée, et produisit à l'appui de son dire, un bas qu'il avait retiré, dit-il, avec de grandes difficultés tant il était fortement fixé dans le gosier.

Le cas est intéressant au point de vue médico-légal; il prouve, ce qui est douteux pour beaucoup de monde, que l'on peut se suicider en s'enfonçant des corps étrangers dans le gosier, et qu'on peut le faire sans bruit et sans attirer l'attention.

Une nouvelle excentricité de Tanner. — Le paquebot transatlantique vient d'amener en France la femme du docteur américain Tanner, qui a tant fait parler de lui à propos de son jeûne absolu et volontaire de quarante jours. Mme Tanner est actuellement divorcée d'avec son mari, et rien d'original comme la cause de son divorce.

Le docteur Tanner est toujours l'homme des inventions baroques. Il y a quelque temps, il s'imagina avoir découvert que le caractère humain se modifiait suivant la nourriture, et surtout suivant la nature des légumes que l'on mange. « La carotte, disait-il, rendait méticuleux et sournois; le navet donnait une extrême douceur, tandis que l'usage prolongé des haricots verts rendait irascible, etc. »

C'est cette théorie qui a jeté le trouble dans le ménage du docteur. En effet, ayant engagé à ce propos un pari important avec ses amis, il entreprit d'expérimenter sur sa femme les haricots verts, et obligea celle-ci à en manger jusqu'à deux kilogrammes par jour. Naturellement, après avoir été soumise pendant huit jours à ce régime, Mme Tanner fut tellement surexcitée, qu'elle envoya une cruche à la tête de son mari.

Le docteur gagnait ainsi son pari, et, encore plus convaincu de l'excellence de sa théorie, il mit aussitôt sa femme au régime forcé des navets, pour lui rendre son caractère doux de jadis. Mais, cette fois, Mme Tanner n'y tint plus; elle demanda le divorce et l'obtint.

Et voilà comment, aujourd'hui, elle est légalement libre de prendre un second mari, moins original que le premier.

Les étudiants dans les Universités allemandes. — La session d'été de cette année a encore été marquée par une augmentation du nombre des élèves dans les Universités allemandes. Le nombre des étrangers continue aussi à s'accroître. En tout, il y a 23,830 étudiants régulièrement inscrits. Ce chiffre, comparé au nombre d'étudiants inscrits il y a dix ans, nous donne un augmentation de 8,711. Sur cette quantité 3,900 étudiants appartiennent à la Faculté de Berlin, 3,111 à la Faculté de Leipzik, 2,017 à la Faculté de Munich, 1,532 à celle de Breslau, 1,400 à celle de Tubingue, 1,377 à celle de Halle, 1,901 à celle de Wurtzbourg, 1,083 à celle de Gottingue, 1,061 à celle de Bonn, 922 à celle de Heidelberg, 863 à celle de Konigsberg, 823 à celle de Strasbourg, 766 à celle de Marbourg, 721 à celle de Fribourg, 659 à celle de Greiswald, 575 à celle d'Erlangen, 570 à celle d'Iéna, 435 à celle de Giessen, 381 à celle de Kiel, 326 à celle de Munster et 236 à celle de Rostock.

Un cerveau pesant. — Le docteur Halderman, de Columbus, communique la note suivante au *Cincinnati Lancet and Clinic*, 22 juillet 1882. Le sujet était un mulâtre nommé Washington Napper, âgé de 45 ans, mort récemment, à l'hôpital Saint-François de cette ville, d'infection purulente consécutive à un abcès de la cuisse.

Il était né à West Tennessee, fut esclave jusqu'en 1862, époque à laquelle il s'enfuit de chez son maître, et vint, avec le 46e régiment d'infanterie de l'Ohio, à North où il demeura jusqu'à l'époque de sa mort. Son cerveau pesait 1,951 grammes 1/2. Cet homme mesurait 6 pieds de haut, il était mal fait, ses membres étaient longs et semblables à ceux des singes. Sa tête était massive, sa physionomie grossière, ses lèvres épaisses, sa mâchoire inférieure proéminente, ses apophyses zygomatiques larges, mais le front était élevé et développé.

Jamais on ne l'avait considéré comme très intelligent; on disait qu'il était très réservé et porté à la méditation. Ce n'est que dans un âge avancé qu'il pensa vraiment d'une façon morale et religieuse. Il était illettré, mais faisait son métier comme un ouvrier ordinaire; économe, il avait fini par accumuler quelque bien dont il disposa, à son lit de mort, en faveur de son église et des sœurs des pauvres, en récompense de leurs soins pendant sa maladie.

Il est à remarquer que deux cerveaux seulement, dont le poids a été rapporté par des savants, sont enregistrés comme pesant plus que celui-ci : ce sont les cerveaux de Cuvier et d'Abercrombie; le premier pesait 64,33 onces et le second 63 onces. Si, comme le pensent quelques-uns, l'intelligence se mesure d'après le poids de la substance cérébrale seule, qui sait si cet homme n'eût pas été un de ceux dont on aurait dit :

« Qu'il tenait dans ses mains le sceptre de l'empire
« Ou réveillait l'extase aux accords de sa lyre. »

Deux illustres goutteux : Harvey, Sydenham. — L'immortel Harvey fut un des martyrs de la goutte. Son traitement consistait à s'asseoir les jambes nues, même par les temps les plus froids, sur la terrasse du Cockaine-House où il habitait, ou à plonger ses jambes dans un seau d'eau froide jusqu'à ce qu'elles fussent engourdies par le froid, puis il allait se mettre devant le feu et se réchauffait. Il avait aussi des insomnies; alors il se levait et se promenait en chemise de nuit dans sa chambre jusqu'à ce qu'il eût froid ou même qu'il grelottât, il retournait alors dans son lit et s'endormait.

Le 3 juin 1657, il fut frappé d'une attaque de paralysie, et, comme l'indique sa biographie, sa langue fut complètement paralysée, si bien qu'il ne pouvait plus parler; son intelligence était pourtant saine.

Il distribua des cadeaux à ses neveux et à ses amis en souvenir de lui : à l'un, il donna la montre dont il s'était servi en faisant ses expériences; à l'autre, quelque présent, et cela toujours en faisant signe à l'un ou à l'autre, puisqu'il ne pouvait parler.

C'était là certainement un cas d'aphasie.

Sydenham fut atteint de la goutte de bonne heure; à 25 ans et à 36 ans, il fut retenu au lit par une violente attaque qui dura un mois. En 1675, il commença à ressentir la pierre et la gravelle dont il mourut en 1689, à l'âge de 65 ans.

Quand il commença à se soigner et à surveiller son régime, il buvait une tasse ou deux de thé de bonne heure le matin, il faisait ensuite ses visites en voiture jusqu'après midi. De retour chez lui, il déjeunait avec quelque viande de digestion facile et buvait un peu plus d'un quart de pinte de vin des Canaries pour aider la digestion de son estomac et pour chasser la goutte de ses intestins. Après le repas, il remontait en voiture et retournait auprès de ses malades. Les douleurs de la pierre se faisaient sentir quand il roulait sur un chemin pavé, et cela même quand ses chevaux allaient doucement. Un jour, il eut une violente attaque après avoir beaucoup marché. Il se contentait, pour souper, d'un peu de bière; il en prenait encore une fois couché et alors il se disposait à dormir. (*New-York med. Record*, 2 septembre, p. 276.)

Les salaisons américaines. — M. le président du conseil a reçu, hier dans la matinée, M. Peulevey, député de la Seine-Inférieure, accompagné de deux délégués de la ville du Havre. Ces messieurs, qui avaient déjà eu une entrevue avec M. le ministre du commerce, ont exprimé à M. Duclerc le désir de voir rapporter par le gouvernement le décret du 18 février 1881 relatif aux salaisons américaines, et émis le vœu que l'inspection sanitaire soit substituée à l'inspection micrographique.

M. le président du conseil a répondu à M. Peulevey et aux deux délégués de Havre qu'il n'était pas en son pouvoir de leur donner une solution favorable, mais qu'il connaissait l'importance des intérêts engagés et qu'il insisterait pour que la question fût de nouveau examinée avec la plus sérieuse attention, en vue d'une prompte solution, et, bien entendu, sans idée préconçue ni parti pris. — P.

CORRESPONDANCE

L'Union Médicale a reproduit dans son courrier, il y a quelques mois, un fait divers emprunté au *Lyon médical*. Il s'agissait du docteur B... et du docteur O..., tous deux exerçant la médecine à Saint-Honoré-les-Bains; le premier était accusé d'avoir détourné un client du second. Nous avions pris ce fait au passage en toute innocence, ne sachant pas les noms des intéressés.

Ces noms sont aujourd'hui divulgués, au grand préjudice du docteur B..., qui nous demande une rectification et nous écrit la lettre qu'on va lire.

Nous continuons à ne connaître ni le docteur B..., ni le docteur O..., ni l'affaire dont il s'agit. Mais nous croyons juste d'insérer la lettre du docteur B...; nous trouverions juste également d'admettre une réplique du docteur O..., si elle se produisait.

Ce dont nous sommes certain dès à présent, c'est que les avocats sont heureux d'avoir un conseil de l'ordre. Une pareille institution serait-elle possible et efficace dans notre profession? Si oui, la médecine des eaux lui fournirait sans doute plus d'une occasion de rendre des arrêts.

Voici la lettre :

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Je lis bien tardivement dans votre excellent journal (n° du 10 août 1882) la reproduction d'un article du *Lyon médical*, concernant un différend entre M. le docteur Odin, ancien médecin militaire, et moi, docteur Breuillard, tous deux exerçant la médecine à Saint-Honoré-les-Bains. Permettez-moi de vous dire, M. le rédacteur, que votre bonne foi a été surprise.

Je trouve inutile et peu intéressant pour vos lecteurs de revenir sur les faits qui ont provoqué ce différend. Qu'il me suffise de dire qu'après avoir été grossièrement insulté et diffamé par M. Odin, je me suis vu obligé, après avoir tout tenté pour obtenir les excuses qui m'étaient dues, de poursuivre mon confrère en police correctionnelle, et cela d'après l'avis de deux magistrats éminents qui se trouvaient en villégiature à Saint-Honoré.

M. Odin a été acquitté par le tribunal de Château-Chinon, et ce jugement a été confirmé par la Cour d'appel de Bourges. Ayant pour principe de respecter les décisions de la justice, je ne veux en aucune façon discuter ce jugement, qui d'ailleurs n'implique pas le moindre blâme pour moi. Mais il m'est permis de penser que, si la conduite de M. Odin ne tombe pas sous le coup de la loi correctionnelle, elle n'en est pas moins blâmable à tous égards.

Dans ces conditions, après une foule d'incidents qu'il est inutile de raconter ici, je me suis vu obligé de publier une brochure (*Question de déontologie médicale, un scandale*) qui expose tout au long le différend en question. Dans cette brochure, que je tiens à la disposition de mes confrères, toutes mes affirmations sont basées sur des preuves authentiques, dont j'ai les pièces justificatives entre les mains. Je prouve que, dans cette affaire, je n'ai manqué ni à l'honneur, ni au devoir, ni à la délicatesse professionnels.

Puisque les conseils de l'ordre ou les chambres de discipline manquent malheureusement au Corps médical pour la sauvegarde de l'honneur professionnel, j'ai réclamé très vivement et à trois reprises différentes la constitution d'un jury d'honneur composé de médecins et chargé de juger le différend. Après avoir fait longtemps la sourde oreille, M. Odin, définitivement mis en demeure, a refusé ce jury d'honneur par une lettre publiée dans le *Salut public de Lyon* (numéro du 21 août 1882), et cela sous le prétexte que j'aurais refusé primitivement ce jury, ce qui est absolument faux, et qu'il ne peut pas « rouvrir devant une juridiction d'honneur une contestatton tranchée deux fois par les tribunaux. » J'en demande bien pardon à M. Odin, mais les tribunaux *n'ont nullement tranché notre contestation*; et s'il persiste à refuser ce jury d'honneur, je me permettrai de lui dire qu'il se dérobe!

Quoi qu'il en soit, la plus grande partie de la presse médicale s'est occupée de cette affaire et m'a plus ou moins malmené. Je passe naturellement sous silence certaines feuilles de réclame qui m'ont insulté d'une façon odieuse et qui ont été envoyées à un grand nombre de médecins. Aujourd'hui, ces journaux trouvent commode d'opposer à mes réclamations l'autorité des journaux sérieux, et en particulier celle de l'UNION MÉDICALE. Je n'ai donc pas de meilleur moyen pour sortir de cette impasse, que de demander à l'UNION MÉDICALE la publication de cette lettre, dont j'assume toute la responsabilité.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

D[r] Ch. BREUILLARD,
Membre correspondant de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Paris, le 10 novembre 1882.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort subite de M. le docteur Mathelin, à l'âge de 34 ans. Il était membre de la Société de médecine de Paris, de la Société médico-pratique, et professeur à l'Association polytechnique. Ce sympathique et honorable confrère laisse parmi ceux qui l'ont connu les plus vifs regrets.

— M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique, commencera son cours le mercredi 15 courant, à l'École pratique de la Faculté, 42, rue Lhomond, à 3 heures 1/2, et le continuera les lundis et mercredis, à la même heure. Le vendredi, la leçon pratique aura lieu à 2 heures.

— Par décret en date du 18 octobre 1882, M. Poupelard, médecin-major de 1re classe, retraité, est nommé au même grade dans le corps de santé des officiers de santé de l'armée territoriale.

Les secours aux indigents. — Le conseil d'Etat vient d'être saisi du projet de règlement sur les secours à domicile à Paris, élaboré par une commission extra-parlementaire instituée près le ministre de l'intérieur.

Ce projet, qui sera également soumis au conseil municipal de Paris, offrira l'avantage de faire disparaître les inégalités choquantes qui existent aujourd'hui dans la quotité des secours suivant que l'indigent habite tel ou tel arrondissement.

En effet, dans le premier arrondissement, chaque individu inscrit au bureau de bienfaisance touche annuellement 71 fr. 91 ; dans le deuxième, 60 fr. 08 ; dans le troisième, 41 fr. 95 ; dans la quatrième, 34 fr. 50 ; dans le cinquième, 32 fr. 15 ; dans le sixième, 46 19 ; dans le septième, 27 fr. 95 ; dans le huitième, 77 fr. 66 ; dans le neuvième, 82 fr. 12 ; dans le dixième, 33 fr. 59 ; dans le onzième, 24 fr. 38 ; dans le douzième, 25 fr. 98 ; dans le treizième, 21 fr. 19 ; dans le quatorzième, 28 fr. 97 ; dans le quinzième, 27 fr. 21 ; dans le seizième. 37 fr. 25 ; dans le dix-septième, 27 fr. 25 ; dans le dix-huitième, 22 fr. 49 ; dans le dix-neuvième, 19 fr. 65 ; dans le vingtième, 23 fr. 54.

Ainsi, un indigent inscrit dans le dix-neuvième arrondissement, c'est-à-dire à la Villette, reçoit quatre fois moins de secours qu'un pauvre du neuvième arrondissement. Cependant l'un et l'autre habitent la même ville et dépendent de la même administration.

On comprend que l'autorité supérieure soit désireuse de mettre fin à une telle situation.

La monnaie de nickel. — On a beaucoup parlé ces temps derniers de la mise en circulation, plus ou moins prochaine, de pièces en nickel.

Les choses sont loin d'être aussi avancées qu'on l'a prétendu. Ce qui est vrai, c'est que l'hôtel des Monnaies de Paris a fait frapper, à titre de spécimens, des pièces de ce métal. Pour éviter toute confusion avec la monnaie d'argent, ces pièces, au lieu d'être rondes, ont la forme octogonale. Leur valeur, fictive s'entend, est de 5, 10 et 20 centimes. On nous assure que M. le ministre des finances a l'intention de soumettre ces spécimens à la commission du budget. Si cette commission se montre favorable, des dispositions légales pourront être prises pour substituer dans un temps donné la monnaie de nickel à la monnaie de bronze.

Ajoutons, en terminant, que la Nouvelle-Calédonie possède de nombreuses et riches mines de ce métal.

Ce serait un moyen d'utiliser cette production de notre colonie.

Aliénation mentale en Prusse. — On a recensé en 1871 et 1880, dans le royaume de Prusse, le nombre des individus atteints de maladies mentales (idiots et crétins compris). Les résultats ont été les suivants : 1871, 55,043 individus, dont 28,002 du sexe masculin et 27,041 du sexe féminin ; 1880, 66,345 individus, dont 34,309 hommes ét 32,036 femmes. L'accroisement d'un census à l'autre a éte de 20 pour 100 quand la population ne s'est accrue que de 10 pour 100. Des 66,345 malades recencés en 1880, 17,736 l'étaient de naissance (idiots et crétins), dont 9,809 du sexe masculin et 7,827 du sexe féminin. Le surplus se répartissait, par âge, de la façon suivante : moins de quinze, 4,038 garçons et 3,110 filles ; de quinze à cinquante ans, 22,485 hommes et 19,601 femmes ; au-dessus, 7,313 hommes et 8,686 femmes ; âge inconnu, 473 du sexe masculin et 639 du sexe féminin.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les *maladies des voies urinaires*, le lundi 20 novembre, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 14 novembre. — Il semble que cette fois la fièvre typhoïde ait pris les médecins au dépourvu, c'est-à-dire non préparés à remettre en question sa pathogénie, son évolution et ses formes. La discussion a commencé tandis que le fléau régnait depuis longtemps ; à peine les premiers discours étaient-ils prononcés, qu'il cédait devant les menaces de l'Académie, et, aujourd'hui qu'il est en pleine décroissance, le débat ne peut continuer sans qu'on accuse la savante compagnie de multiplier ses coups vengeurs contre un ennemi déjà terrassé. On pourra douter même que les coups portés aient été pour beaucoup dans la disparition du mal.

Et cependant, pouvait-on laisser passer l'épidémie actuelle sans rien dire ? L'Académie semblait obéir à un devoir ; elle s'en serait voulu de parler d'autre chose ; elle demandait des hommes de bonne volonté, mais elle ignorait sur quels points devraient porter leurs efforts. Plusieurs ont répondu sans obéir à un plan concerté d'avance : M. Marjolin nous a montré toutes les misères qui hantent les logements insalubres, et M. Proust l'a suivi, réclamant une meilleure direction de la santé publique en France. Puis M. Hérard, toujours et avant tout clinicien, est venu exposer de nouvelles recherches thérapeutiques, bientôt combattues par la verve sceptique de M. Dujardin-Beaumetz. Avec les chirurgiens militaires, l'hygiène a gardé le haut du pavé ; finalement, c'est l'hygiène qui est le vrai terrain sur lequel évolue la discussion, c'est elle qui lui donne son caractère le plus saillant.

Aujourd'hui, MM. Noël Gueneau de Mussy et Rochard ont lutté d'éloquence. Le premier nous a parlé des égouts, des water-closets, de nos confrères du Parlement, de l'insanité de la guerre ; le second, de l'encombrement, des eaux, des usines et des dépotoirs, en un mot des odeurs de Paris. Nous ne saurions dire quelle précision de langage, quelle élévation d'idées ont fait applaudir M. Gueneau de Mussy ; avec quelle faconde M. Rochard a « glané » après son éminent collègue, avec quel bonheur d'expressions il a groupé tous ces faits dont l'opinion publique est depuis quelque temps saisie, et réclamé, lui aussi, un ministère, une direction, un bureau seulement qui s'occupe de notre santé.

Le doctorat ès sciences médicales. — La presse médicale semble partager notre étonnement à la vue de ce projet ; la plupart de nos confrères se réservent.

« Il est certain, dit la *Revue scientifique*, que l'organisation actuelle, par laquelle un étudiant en médecine, pour devenir docteur, doit composer et soutenir une thèse, offre des inconvénients sérieux. La thèse coûte fort cher à l'étudiant, et elle est bien souvent un travail de mince valeur... Ne serait-il pas plus simple de supprimer cet examen illusoire, que la plupart des étudiants considèrent (bien à tort) comme une formalité ennuyeuse ? Si l'on donnait suite à ce projet, ébauché à peine, d'un doctorat ès sciences médicales, on serait docteur en médecine après le cinquième examen, sans subir, comme à présent, l'épreuve d'une thèse inaugurale. Ceux qui voudraient composer une thèse auraient un grade de plus. Ils deviendraient *docteurs ès sciences médicales*, et ils ne seraient admis à cette dignité qu'après avoir présenté un travail recommandable, discuté sérieusement par le jury d'examen, et méritant de prendre rang dans toutes les bibliothèques médicales.

« Voilà ce que disent les partisans du doctorat ès sciences médicales. On peut leur répondre qu'il y a souvent danger à détruire les vieilles traditions, que beaucoup de travaux utiles ne

verraient pas le jour, si la thèse n'était plus qu'un examen facultatif; et enfin qu'il n'est pas conforme aux traditions libérales des Facultés de médecine d'établir des castes entre les différents docteurs, de faire d'une part des docteurs en médecine auxquels la voie des concours serait fermée, et d'autre part des docteurs ès sciences médicales qui jouiraient de privilèges particuliers.

« A vrai dire, cette dernière objection peut être facilement résolue; car si l'on supprime la thèse, il n'est pas nécessaire qu'on exige des candidats aux fonctions médicales publiques un grade supérieur. Le titre de docteur ès sciences médicales peut être honorifique, et rien de plus. Mais alors qui donc voudra s'imposer une épreuve nouvelle? Tout cela exige une discussion très sérieuse. »

On voit que l'auteur est fort embarrassé. Il est vrai que la thèse inaugurale est trop souvent une formalité ridicule; mais il n'est pas si simple de l'abolir. Et d'ailleurs, il n'y a pas un mot dans la circulaire qui puisse faire soupçonner qu'un doctorat ès sciences médicales entraînerait la suppression de la thèse inaugurale.

Vous ne pouvez songer, cela va sans dire, à fermer la voie des concours à une catégorie de médecins; le titre nouveau serait donc purement honorifique. Or, c'est là ce qui le condamne, et vous le sentez parfaitement; cette seule raison donne à penser que, délaissé par les praticiens modestes, il le sera davantage encore par les candidats aux titres plus élevés de l'agrégation et des hôpitaux. Ou bien, si quelques-uns le recherchent pour s'en faire une recommandation auprès du public, il abaissera les simples docteurs au rang d'officiers de santé.

Dans la *Gazette médicale*, M. de Ranse écrit un article très personnel en faveur du projet ministériel, pour établir qu'il ne suffit pas de faire des praticiens instruits, mais qu'il faut soigner aussi les intérêts de la science. Nous avons dit à cela que les hôpitaux et l'agrégation suffisent amplement; mais notre confrère estime que le titre d'agrégé écarte les *études personnelles et originales*, et que l'aspirant au titre nouveau, ayant plus d'indépendance, « enrichira le fonds commun des produits de ses idées et de ses recherches personnelles. » Or, de deux choses l'une : ou le futur docteur ès sciences est en même temps un futur agrégé, dont « l'initiative est comprimée » comme vous le dites; ou il ne vise pas à l'agrégation, et dans ce cas il compose un mémoire sur une pointe d'aiguille, et ne se soucie guère d' « enrichir le fonds commun. »

Veut-on beaucoup d'aspirants, il faut que le doctorat ès sciences médicales soit une conquête facile. Veut-on lui donner, comme dit la circulaire, « une haute valeur scientifique », il devient l'apanage de ceux qui n'en ont que faire. Dans les deux cas, c'est un hors-d'œuvre : inutile catégorie dans l'art de guérir, ou formalité vaine pour les hommes de travail. — L.-G. R.

CLINIQUE CHIRURGICALE

KYSTE DE L'OVAIRE. — RUPTURE TRAUMATIQUE. — GUÉRISON TEMPORAIRE.

Cette observation, que nous envoie un de nos distingués confrères de la Châtaigneraie (Vendée), M. le docteur Lenepveu, ancien interne des hôpitaux, manque de certains détails qui nous auraient permis de préciser le diagnostic, et notamment de savoir s'il est question d'un kyste ovarique proprement dit, ou d'un de ces *kystes parovariens* sur lesquels le professeur Duplay vient encore d'attirer l'attention dans un travail récent (1). Quoi qu'il en soit, elle est intéressante par ce fait rare de la rupture d'un kyste abdominal causée par une chute, rupture qui ne fut suivie d'aucun accident, et amena au contraire une guérison momentanée.

Ces ruptures, suivies ou non de guérison définitive, ont été observées un petit nombre de fois. Dans un cas de Bright, il y eut mort subite; chez une malade observée par Gairdner, on vit la tumeur disparaître, sans que l'épanchement du

(1) Duplay. Des kystes du ligament large (kystes parovariques), *Archives gén. de méd.*, octobre 1882.

liquide contenu amenât aucune complication. La mort étant survenue seize mois plus tard, on trouva un kyste parovarique uniloculaire, flasque et complètement vide. — Voici le nouveau fait, communiqué par M. Lenepveu :

Mlle G... est âgée de 43 ans, d'un tempérament sanguin, d'une riche constitution ; de petite taille, mais très bien équilibrée. Depuis longtemps employée dans un magasin d'épicerie, elle est par son activité, son intelligence et son dévouement, l'agent principal de cette maison de commerce, et soumise à un travail fatiguant.

A dater de 1874, pendant une période de cinq années, plusieurs médecins de Nantes et de Poitiers crurent à une affection organique de la moelle. La malade éprouvait une grande faiblesse dans les membres inférieurs, des tiraillements dans les cuisses, des fourmillements dans les jambes. Elle en vint à un grand épuisement et fut obligée de renoncer à ses occupations habituelles. Un nouveau sujet de travail, de fatigue et de soucis vint alors aggraver son état : elle fut obligée de donner des soins, seule, jour et nuit, à son père devenu hémiplégique. Celui-ci, d'un caractère violent, devenu plus irritable par le fait de sa maladie, ajoutait pour sa fille aux fatigues physiques des tortures morales incessantes. Joignez à cela tous les inconvénents des privations et du *res angusta domi*, logement malsain, très étroit, privé d'air et de soleil.

Elle avait cessé d'être réglée deux ans avant le début de cette longue maladie. Peut être faut-il faire remonter à cette époque l'origine réelle de tous les désordres.

Après la mort de son père, Mlle G... commença à se soigner elle-même. Elle eut alors un repos relatif, et put suivre un traitement. Elle était fort épuisée et souffrait d'un état dyspeptique continuel. Elle vint à Poitiers, réclamer les soins du docteur Petit, et c'est là que survint l'accident rare sur lequel nous voulons appeler l'attention.

La malade portait un kyste ovarique, qui paraissait avoir débuté à gauche. Le ventre avait acquis un volume considérable. Depuis quatre ans, on avait fait dix-sept ponctions, à des intervalles de plus en plus rapprochés. Les premières donnaient trente litres environ d'un liquide un peu visqueux, filant et jaunâtre; les dernières en donnaient quarante litres, et le liquide était clair et transparent.

Il y avait en même temps un abaissement avec déviation de l'utérus, constaté par le docteur Petit ; c'était là, sans doute, un résultat mécanique de l'hydropisie de l'ovaire.

Un jour la malade fit une chute sur la glace; il s'ensuivit une rupture de la poche et l'épanchement du liquide dans le péritoine. Il y eu très peu de réaction inflammatoire; puis survint une évacuation très abondante d'urine, sorte de crise qui dura trois ou quatre jours et qui amena la résorption du liquide péritonéal. Le ventre se vida si complètement que la malade pouvait faire balloter la paroi abdominale à droite et à gauche comme une poche vide et flasque.

Après cette guérison temporaire et accidentelle, la récidive s'est produite. Mais depuis trois ans l'état est stationnaire, et on n'a pas eu recours à de nouvelles ponctions. Mlle G... est aujourd'hui d'une santé relativement bonne; le sommeil, l'appétit, le teint sont naturels. Son ventre a le volume d'une grossesse à terme. Elle a une vie active et se sert de son ventre comme d'une table pour y déposer son ouvrage et des objets souvent assez lourds.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Bouchardat fils, Javal, Henninger, Hardy et Brame pour la section de physique et de chimie; — Cadet de Gassicourt pour la section de pathologie médicale.

2° Une note sur l'épidémie de fièvre typhoïde observée à l'hôpital du Gros-Caillou, par M. Paul Raymond.

3° Une note de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre) sur les vaccinations et la fièvre typhoïde.

4° Un travail de M. Bertherand (d'Alger) sur la variolisation des Arabes. Présenté en séance par M. Bouley. (Com. MM. Blot, Fournier, Bouley.)

5° Un extrait du rapport sur le service de santé du 5e régiment de hussards, caserne de la Part-Dieu, à Lyon, par M. le docteur Challau de Belleval, médecin-major.

6° Un rapport du même auteur sur l'hôpital militaire d'Orléansville. (Présenté par M. Larrey.)

—

M. Luys présente, au nom de M. le docteur Ritti, un volume intitulé : *Traité clinique de la folie à double forme,* ouvrage qui a obtenu, l'année dernière, le prix Falret.

M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Charpentier, un exemplaire du premier volume d'un *Traité d'accouchements.*

M. Bucquoy dépose, au nom de M. le docteur Neyssens, de Limbourg, un mémoire sur le traitement spécifique de la dysenterie par l'ipécacuanha à haute dose.

—

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Noël Gueneau de Mussy dit que la prophylaxie de la fièvre typhoïde ne doit pas avoir pour unique visée, mais pour un des objets les plus importants de ses efforts, d'éloigner, de l'air que nous respirons, des boissons et des aliments dont nous faisons usage, les émanations et les infiltrations des déjections dothiénentériques.

M. Gueneau de Mussy rappelle qu'il a fait remarquer déjà, combien, dans leurs conditions actuelles, nos égouts étaient peu propres à remplir avec sécurité leur rôle de déversoirs des vidanges. Il prévoyait qu'ils peuvent devenir un foyer permanent d'infection dothiénentérique. Or, cet état des égouts, loin de s'améliorer depuis, n'a fait que s'aggraver. On a développé dans des proportions considérables la surface des égouts, et on n'a pas augmenté proportionnellement la quantité d'eau qui y circule, et, dans des conditions aussi défavorables, on accroît chaque jour et on encourage le versement des matières excrémentitielles dans les égouts qui, d'ailleurs, n'ont pas toujours une pente suffisante.

Il y a cinq ans, M. Gueneau de Mussy appelait l'attention sur un vice de construction des égouts, d'après lequel les caniveaux d'eaux ménagères deviennent des moyens de communication et d'échange entre l'atmosphère de l'égout et l'atmosphère des maisons, ce qui détermine des exhalaisons si fétides, surtout en été, qu'il devient impossible d'ouvrir les fenêtres des maisons. L'atmosphère des rues en est elle-même infectée. Il en est tout autrement à Bruxelles, grâce à la création d'un bureau d'hygiène, qui a tant contribué à l'assainissement de la ville.

M. Gueneau de Mussy s'est promené, il y a deux ans, dans les rues de Bruxelles par une chaleur torride, et il a été frappé de la pureté de l'air qu'on y respirait. Si les déjections des dothiénentériques sont, comme il le croit, le principal véhicule du germe transmissible de la maladie, il est important que les réservoirs qui les reçoivent soient isolés de l'atmosphère des appartements. Il faudrait pour cela que les cuvettes des cabinets renfermassent toujours une quantité d'eau suffisante, que le tuyau qui les fait communiquer avec l'égout ou avec la fosse fût également muni de soupapes, et qu'au-dessus de ces soupapes ou de tout autre appareil d'isolement, il y eût un ventilateur pour empêcher que l'air déplacé dans ce tuyau par la chute de l'eau et des matières ne refluât dans l'appartement. Le drainage anglais comporte toutes ces précautions, et M. Gueneau de Mussy a été frappé de la propreté et de l'inodorité qu'il a trouvée habituellement en Grande-Bretagne, soit dans les hôtels, soit dans les maisons particulières, soit même dans les logements réservés aux ouvriers. Il faudrait exiger des propriétaires la mise en pratique de ces précautions si nécessaires et qui sont réalisées dans d'autres pays; il faudrait les exiger à tous les étages, car dans beaucoup de maisons, les cabinets d'aisances de la cour, comme ceux de l'étage destiné aux domestiques n'ont pas d'eau, quelquefois même pas de cuvettes, et deviennent des soupiraux de la fosse ou de l'égout.

Il faudrait que les modifications apportées aux égouts et aux réservoirs des vidanges fussent, avec la fourniture d'une eau abondante et salubre, mises au premier rang parmi les dépenses publiques.

La qualité de l'eau laisse, pour ainsi dire, autant à désirer que la quantité; et trop souvent ces excellentes eaux de la Dhuys et de la Vanne, qui sont un type irréprochable d'eaux potables, sont mêlées aux eaux impures de l'Ourcq ou de la Seine prises en aval de Paris, toutes chargées de détritus organiques et peut-être de germes infectieux.

Il y aurait lieu de reprendre les plans de M. Haussmann qui voulait généraliser la canali-

sation souterraine de Paris et y amener une quantité d'eau suffisante pour nettoyer tous les égouts, quantité d'eau qui aurait été prise dans la Nièvre et serait arrivée à Paris après avoir irrigué les plaines arides de la Beauce. M. Gueneau de Mussy partage entièrement les opinions de M. Proust sur les conditions d'une bonne prophylaxie, c'est-à-dire sur la nécessité d'une bonne direction donnée aux mesures préventives; mais, pour qu'elles soient efficaces, il faut une déclaration exacte des maladies infectieuses. La statistique du docteur Bertillon, si consciencieuse et si bien faite, n'est malheureusement que celle d'un champ de bataille, elle constate le nombre des morts et des blessés, mais quel secours apporte-t-elle dans la lutte?

Il en serait autrement si, comme en Belgique, après chaque déclaration de maladie infectieuse, un inspecteur était envoyé dans la maison infectée, constater les défectuosités qu'elle pouvait présenter au point de vue de l'hygiène, et forçait le propriétaire à y apporter remède dans la mesure du possible; si on distribuait aux habitants de cette maison des instructions imprimées d'avance pour chaque maladie, indiquant les mesures prophylactiques auxquelles ils doivent se soumettre. M. Gueneau de Mussy voudrait encore, au nom de l'intérêt de tous, que les habitants aisés fussent forcés par la loi à prendre ces mesures à leurs frais et que la commune fournît aux malades pauvres qui sont traités à domicile le moyen de le faire.

Pour ceux qui ne peuvent pas être soignés à domicile et qui doivent être transportés à l'hôpital, que cette même administration communale leur fournisse un moyen de transport. Mais pour cela il faudrait, comme à Bruxelles, une administration sanitaire permanente.

Quelle dépense plus utile pour une grande cité, quel intérêt plus grand pour un pays que la conservation de ce capital vivant qui est à la fois la première condition de ses forces et la première source de sa richesse?

Demandons et tâchons d'obtenir la création d'un bureau d'hygiène comme en Belgique.

M. Jules Rochard se propose de traiter la question d'étiologie et de prophylaxie de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire une pure question d'hygiène.

Suivant lui, la fièvre typhoïde est fille de l'encombrement. Il suffit pour faire naître une épidémie, d'entasser un grand nombre de jeunes gens dans un local trop étroit. C'est ce que l'on voit tous les jours, dans l'armée et la marine, et l'épidémie s'allume d'autant plus facilement et fait d'autant plus de ravages que l'établissement est plus insalubre et plus mal entretenu, que les hommes sont plus malpropres, plus surmenés et moins bien nourris. Il suffit pour arrêter le mal, d'évacuer la caserne, de disséminer les hommes et de ne les laisser rentrer qu'après avoir nettoyé et désinfecté les locaux.

Ce n'est pas seulement aux casernes que cela s'applique. Dans toutes les villes soucieuses de leur hygiène, partout où l'on a fait pénétrer l'air, l'eau, la lumière, dans les quartiers déshérités, partout on a vu diminuer le chiffre des décès par la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde n'a rien de fatal. Elle n'a pas remplacé, comme le disait le docteur Arnould au Congrès de Genève, les maladies populaires d'autrefois, telles que le typhus et la peste; elle leur a survécu; elle recule devant la civilisation. Le docteur Geissler, dans ses remarques sur les variations périodiques des principales maladies, a démontré par des chiffres que, d'une manière générale, la fièvre typhoïde a diminué dans le monde entier. Si le contraire s'observe en France, si la maladie prend de l'importance dans nos grandes villes, depuis quelques années, si elle s'accroît à Paris, suivant une progression menaçante, c'est parce que nous ne tenons pas autant de compte que les autres nations des conseils de l'hygiène, que nous ne faisons pas les mêmes efforts et les mêmes sacrifices qu'elles pour diminuer notre mortalité.

Ce qui le prouve encore, c'est que la fièvre typhoïde n'est pas la seule maladie transmissible qui augmente dans Paris. Il résulte d'un tableau dressé par M. Brouardel que la diphthérie, la variole, la rougeole, la scarlatine marchent en suivant la même progression.

Il ne faut donc pas se payer de mots, attribuer les ravages des maladies infectieuses au génie épidémique, à la constitution médicale, aux vicissitudes atmosphériques et nous endormir dans cette croyance; il faut encore dire que les maladies dont il s'agit sont de celles qu'une bonne hygiène atténue dans des proportions presque sans limites; il faut regarder le problème en face et s'efforcer de le résoudre.

Si la fièvre typhoïde est due à un être organisé, à un microbe, les germes doivent exister en tout temps, il y en a partout, mais ces germes ne se développent, ne deviennent nuisibles que lorsqu'ils rencontrent un milieu, une atmosphère convenable. C'est ce milieu, ce terrain, ce fumier atmosphérique que crée l'encombrement, que fertilisent les émanations infectes qui se dégagent de toutes les fermentations engendrées par l'incurie et le mépris des lois de l'hygiène.

Une fois développée, la fièvre typhoïde se transmet par les déjections des malades, par les émanations qu'ils dégagent. Elles ont pour véhicules l'atmosphère, les eaux et le reste. Quant

aux malades eux-mêmes, leur approche est beaucoup moins dangereuse que celle des varioleux, des scarlatineux, des pestiférés, etc. On ne voit pas la fièvre typhoïde se répandre de proche en proche, comme ces maladies, dans les hôpitaux et dans les villes. M. Quantin, directeur de l'Assistance publique, disait dernièrement au Conseil d'hygiène qu'il n'y avait pas eu à déplorer la perte d'un médecin, d'un étudiant, d'une sœur ou d'un infirmier pendant l'épidémie de fièvre typhoïde.

On a dit de tous les côtés que cette épidémie était d'une bénignité remarquable et qu'elle ait très peu de victimes, relativement au nombre de malades. Cependant, au 1er novembre, on comptait 2,300 décès, et, pendant le mois d'octobre, elle a fait 926 victimes; tandis que, dans le même mois de 1881, elle n'avait causé que 142 morts, c'est-à-dire qu'elle a tué six fois plus de monde que l'an dernier à pareille époque.

Aujourd'hui l'épidémie est décidément en pleine décroissance; le chiffre des décès pour la semaine dernière a été seulement de 112 au lieu de 250 décès, relevés dans la 41e semaine; on peut donc se rassurer. En somme, la bénignité dont on parle aura été réelle : la fièvre typhoïde a fait, dans la population des hôpitaux, 1 victime seulement sur 15 cas.

Cette décroissance de l'épidémie doit être attribuée au régime des vents du Sud-Ouest, qui soufflent depuis quelque temps. Ces vents ont assaini l'atmosphère, et les pluies qui les accompagnent ont lavé les égouts. Nous entrons, en outre, dans une saison où l'abaissement de la température est peu favorable au développement des germes infectieux. Nous pouvons donc, encore une fois, nous rassurer, quant à présent; mais il faut redouter pour l'été prochain le réveil de l'épidémie; heureusement, nous avons neuf mois pour prendre les mesures nécessaires et travailler à en prévenir le retour.

M. Marjolin a fait une peinture saisissante de l'état horrible d'insalubrité des logements occupés par la population des faubourgs de Paris et de la banlieue. M. Du Mesnil a également appelé l'attention sur ce grave sujet, et tous les journaux ont reproduit les tristes renseignements apportés à la tribune de l'Académie. Il résulte des documents fournis à M. Jules Rochard par M. Du Mesnil, que le nombre des garnis a considérablement augmenté, à Paris, dans ces derniers temps, et que le nombre des locataires de ces établissements a triplé et même quadruplé. L'encombrement a été la suite naturelle de cet état de choses et la fièvre typhoïde a marché avec l'encombrement. Ce sont surtout les 17e, 18e et 19e arrondissements, où cet encombrement a été porté à son comble, qui ont le plus souffert de l'épidémie.

Cet accroissement de la population parisienne a été surtout produit par l'affluence à Paris des ouvriers en bâtiment, des ouvriers étrangers, en particulier des ouvriers italiens, attirés par l'abondance des travaux et l'élévation des salaires. La présence à Paris, à un moment donné, d'un nombre beaucoup plus considérable de jeunes gens mal nourris, mal logés, entassés dans des chambres malpropres ou plutôt dans des bouges infects; la malpropreté des hommes, des lits, des chambres, des maisons, des cours et des rues, toutes ces causes réunies ont multiplié et condensé, pour ainsi dire, les conditions du développement de la maladie.

A ces causes, il faut ajouter le mauvais état d'entretien des égouts, surtout dans les quartiers excentriques, l'insuffisance de l'eau pour le lavage des rues et des maisons et pour les soins de la propreté personnelle; l'insuffisance, pour la boisson, des eaux des sources de la Dhuis et de la Vanne; le mélange de ces eaux avec les eaux de la Seine et de la Marne, souillées en aval et en amont de Paris par les déjections de toutes sortes, par les détritus résiduels des usines insalubres établies à leur voisinage; les exhalaisons méphitiques émanées de tous les dépotoirs qui entourent la capitale, etc., etc.

Tels ont été les éléments principaux auxquels il convient, suivant M. Rochard, d'attribuer l'origine de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

Pour remédier à cet état de choses, M. Rochard, après M. Proust et après M. Gueneau de Mussy, demande d'abord que l'hygiène publique soit enfin organisée. On ne fera de bonne hygiène que lorsque la direction et le soin de la santé publique seront remis entre les mains d'un pouvoir autonome, compétent et responsable, ainsi que l'a établi péremptoirement, dans des travaux des plus remarquables, M. J.-A. Martin, rédacteur des *Bulletins* de l'Académie de médecine.

Il ne faut pas se dissimuler qu'il faudra encore beaucoup de temps et de nombreuses épidémies, avant que l'autorité consente à faire droit aux justes revendications du Corps médical. Les mémoires de M. Martin ont été envoyés depuis longtemps aux ministres compétents et ils dorment encore dans les cartons des ministères.

Mais il importe de traiter une pareille question, à la tribune de l'Académie, comme si l'on était les maîtres de réaliser les modifications que réclament les conditions défectueuses de l'hygiène publique.

Aucun dépotoir ne peut être établi sans l'autorisation de la Préfecture de police ; il faut que ces autorisations ne soient accordées qu'avec circonspection et réserve.

Il faut que l'eau soit mise en abondance à la disposition des habitants de Paris ; il faut qu'elle puisse être *gaspillée* pour les besoins de la propreté ; il faut, en outre, que pour les besoins de la boisson, on puisse boire partout de l'eau de source, ou si, en attendant, il faut se servir des eaux de la Seine et de la Marne, on puisse boire de l'eau non souillée par les dépotoirs et les égouts.

Il faut que la police tienne strictement la main à l'observation de la loi sur les logements insalubres, qu'elle s'assure que le chiffre des locataires n'est pas trop considérable, que les maisons, les cours, les escaliers, les latrines sont dans des conditions convenables de propreté et d'entretien. Il faudrait surtout, à ce point de vue, favoriser la création de cités ouvrières où les conditions de salubrité et de bonne hygiène, en même temps que de bon marché, fussent réunies dans l'aménagement des maisons et des logements destinés aux ouvriers.

De pareils établissements pourraient être construits à peu de frais dans certains emplacements où se trouvent des terrains vagues que l'on pourrait acquérir à bon marché, et où s'élèveraient, grâce à des nivellements convenables, ces sortes de cités ouvrières. Il suffirait pour cela, que l'Etat, sans se faire entrepreneur de bâtisses, voulut bien faire appel à l'industrie privée et, pour l'encourager, exemptât de tout impôt, pendant un certain temps, les constructions nouvelles. Il faudrait que ces cités ouvrières fussent largement pourvues d'eau, de gaz, de bonnes routes desservies par des tramways ou des omnibus que l'on trouverait à petite distance de la cité. On verrait de cette manière s'opérer avec une facilité extrême le désencombrement de Paris, et l'on pourrait alors procéder, sans inconvénient sérieux, à la démolition des quartiers à logements insalubres.

Presque toutes ces mesures sont dans les attributions de la préfecture de police, qui peut les ordonner sans le concours des Chambres ni du Conseil municipal. Ces assemblées devront, il est vrai, intervenir pour l'approbation des dépenses et le vote des allocations budgétaires. Mais l'Etat, les Chambres, l'Administration, le Conseil municipal ne sont-ils pas tenus à faire tout le nécessaire pour la salubrité de la ville et pour prévenir le développement des épidémies ?

Quoi qu'il en soit, la tâche des Sociétés savantes, de l'Académie en particulier, est de signaler à qui de droit ce qu'il y a à faire pour l'hygiène et la salubrité des villes : quand elle aura poussé le cri d'alarme : *Caveant consules* ! ce sera aux consuls à aviser.

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des journaux italiens.

La *Rivista clinica di Bologna* (Juillet et Août) entre autres mémoires originaux, a publié le travail de M. le docteur Cantalamessa, assistant à la clinique médicale de M. le professeur Murri, sur une nouvelle méthode de traitement de l'empyème par un appareil, sorte de siphon, que son inventeur a désigné sous le nom de *laveur automatique*.

En réduisant à sa plus simple expression cet instrument compliqué, trop compliqué malheureusement, on trouve laissée a demeure dans la poitrine une canule à deux tubulures auxquelles sont adaptés des conduits en caoutchouc dont l'extrémité libre est reçue dans des vases hermétiquement clos. Ces tubes font l'office de sondes à double courant ; d'un côté on injecte les liquides qui doivent modifier la sécrétion pleurale; de l'autre on aspire ces mêmes liquides après leur passage dans la poitrine. Un système de valvules, très ingénieusement disposé, empêche l'air extérieur de pénétrer et le reflux d'avoir lieu. Les mouvements respiratoires règlent automatiquement la marche du lavage de la plèvre; un manomètre, comme pour les machines à vapeur, indique la mesure exacte de la pression intra-thoracique et le point où l'on doit arrêter le fonctionnement de l'appareil. Quelques résultats remarquables ont été obtenus par ce procédé.

— M. le docteur Stanislas Bianchi, prosecteur d'anatomie à l'Université de Sienne, a inséré dans la *Revue clinique de Bologne*, une note sur les anomalies nombreuses du cœur d'une jeune fille, morte à la clinique de Sienne, le 27 mars de cette année, de troubles graves de la respiration et de la circulation.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

1° Une péricardite chronique ;

2° Une hypertrophie excentrique générale du cœur, surtout à droite ;

3° Une dilatation de l'oreillette droite;
4° Une légère insuffisance de la tricuspide;
5° Une communication d'oreillette à oreillette par le trou ovale;
6° De larges communications entre les ventricules par l'absence presque complète de la cloison interventriculaire;
7° L'orifice tricuspide communiquait avec le ventricule gauche;
8° L'orifice mitral avec le ventricule droit;
9° L'artère pulmonaire avec le ventricule gauche;
10° L'aorte était placée au devant de l'artère pulmonaire;
11° Les caractères anatomiques du ventricule gauche se constataient dans le ventricule droit et *vice versa*.

— Les hernies diaphragmatiques du côté droit sont extrêmement rares, à cause des obstacles que les organes ont à vaincre pour pénétrer dans la poitrine; il n'en est pas ainsi du côté gauche où existent plusieurs solutions de continuité normales par où l'invasion peut se faire. M. le docteur Pilate Lachi, de Sienne, offre un très bel exemple de la première variété aux lecteurs de l'*Imparziale* du 30 août dernier.

Un vieux mendiant âgé de 68 ans, entre à l'hôpital pour des accès d'asthme et de toux, et pour combattre de l'atonie intestinale. L'examen attentif du thorax révèle tous les signes d'une pleurésie avec épanchement.

A l'autopsie, au lieu de la confirmation du diagnostic, on trouve la cage thoracique envahie du côté droit par une portion du gros intestin, longue de 60 centimètres; par l'épiploon gastro-colique et une partie du gastro-hépatique; par la petite tubérosité de l'estomac avec une portion du duodénum; par le foie, et enfin par le poumon droit refoulé en haut.

Le diaphragme offrait à droite et en arrière une ouverture de 10 centimètres au niveau du centre phrénique, au-devant du ligament coronaire du foie et de l'orifice de la veine cave. Le point curieux, c'est qu'avec de tels désordres il n'était survenu aucun trouble appréciable durant toute la vie de ce vieillard; on ne pouvait même pas expliquer cette lésion par une violence externe, car le malade questionné soigneusement, n'avait gardé aucun souvenir d'un traumatisme et était très catégorique dans ses affirmations.

— Il n'est pas fréquent de rencontrer chez les vieillards le sarcome primitif du rein; cette dégénérescence appartient presque exclusivement à l'enfance. Une observation de M. le docteur Ignace Fenoglio, médecin en chef de l'hospice royal de la Charité de Turin, mérite, à ce point de vue, d'être signalée.

Un vieillard de 76 ans succombe aux progrès de l'envahissement d'un sarcome des reins, par infection cancéreuse. L'autopsie révèle la lésion avec tous ses caractères extérieurs et l'examen microscopique confirme le diagnostic. (*Gazetta degli ospitali*, n° 72.)

— Le vent est aux congrès! On pourrait facilement en compter une douzaine depuis peu de temps, et il ne semble pas que cela doive s'arrêter de sitôt. Encore, si ces réunions extraordinaires discutaient toujours des questions d'actualité médico-chirurgicales ou des intérêts professionnels, on en comprendrait le but, et leur compte rendu serait un réel profit pour ceux qui ne peuvent y assister; malheureusement il n'en est pas souvent ainsi, et c'est grand dommage, car il n'est pas de champ clos mieux choisi et plus retentissant pour les tournois scientifiques.

Donc, un congrès ophthalmologique s'est tenu cette année à Padoue, et, l'année prochaine, se réunira à Palerme.

La première séance a été consacrée, comme c'est l'usage, aux discours d'ouverture. M. le professeur Gradenigo, président provisoire, a pris la parole, et après lui ont parlé M. le recteur de l'Université, M. le professeur Morpurgo, M. le docteur Fanzago, assesseur municipal.

La présidence honoraire a été offerte à l'unanimité à l'illustre chirurgien Vanzetti.

L'ordre du jour de la seconde séance était ainsi constitué :

1° Quelques considérations sur les verres hyperboliques : M. le docteur Angelucci;
2° Sur le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique : M. le docteur Simi;
3° Strabisme conjugué paralytique par tubercule du noyau de la sixième paire : M. le professeur de Vincentiis;
4° Communications cliniques : M. le docteur Raymond.

Dans la troisième réunion, les travaux suivants ont été discutés :

1° De l'examen de la faculté visuelle et chromatique du personnel des chemins de fer et de la marine : M. le docteur Vélardi;
2° De l'ophthalmie sympathique : M. le docteur Rosmini.

La dernière communication a été faite par M. le docteur Collica Accordino, sur le traitement des granulations de la conjonctive au moyen des caustiques. (*Gazetta degli ospitali.*)

— La *Gazetta médica-Italiana-Lombardia*, du 23 septembre, donne une étude et des observations cliniques sur les parasites du cerveau, par M. le docteur Jean Marchioli, directeur de l'hôpital civil de Lonato.

Les plus récents travaux sur ce sujet mentionnent trois espèces de parasites : le *cisticercus cellulosæ*, l'*ecchinococcus hominis*, et, d'après Hirschfeld et Klebs, des *microvocchi*, des *bactéries* et autres infiniment petits du même genre.

A chacune de ces variétés correspond une maladie spéciale, ayant un caractère particulier qui peut avec de l'attention, d'après l'auteur, être reconnue sur le vivant. Un fait très instructif, avec autopsie, sert de base à cette étude.

— Dans le même journal, nous trouvons une extirpation de goître parenchymateux, au moyen de la ligature élastique, par M. le docteur Jean Fiorani.

Voici le procédé recommandé par ce chirurgien :

La tumeur étant découverte par une large incision et la dissection des tissus sous-jacents étant faite, les veines principales liées et coupées entre deux ligatures, le doigt s'efforce d'isoler la tumeur. Des fils sont alors placés de distance en distance sur l'incision de la peau ; on ménage ainsi une ouverture suffisante pour permettre le passage de la bronchocèle, qui est alors attirée au dehors. Une forte aiguille transperce sa base, et, derrière celle-ci, est placée une ligature élastique ; on serre ensuite les points de suture préparés précédemment. La tumeur est ainsi emprisonnée et fixée à l'intérieur ; un lavage phéniqué et un Lister terminent l'opération.

La malade du docteur Fiorani était complètement guérie trois semaines après avoir subi cette opération. On doit pourtant faire quelques réserves sur cette méthode de traitement, car il est probable que les choses ne se passeraient pas aussi simplement s'il s'agissait d'enlever ces énormes goîtres qu'il est si commun de rencontrer un peu partout dans les grands centres.

— Le 18 septembre a eu lieu solennellement à Modène l'inauguration du Xe Congrès de l'Association médicale italienne.

Ont été élus : président honoraire, M. le profeseur Louis Vacca ; — président effectif, M. le professeur Joseph Casarini ; — vice-présidents, MM. les professeurs Antoine Caruccio et Pio-Foa.

La XIe réunion se tiendra à Pérouse l'année prochaine.

Section d'hygiène : président, M. le professeur Vacca. — M. le professeur Alberto Gamba a tenu l'auditoire sous le charme de sa parole élégante en traitant des écoles des rachitiques.

M. le docteur Jean Astegiano n'obtint pas moins de succès pour sa communication relative aux rapports qui existent entre les météores et les maladies, et en particulier pour le climat de Modène et les affections qui y dominent.

Section de médecine légale et des maladies mentales : président, M. le professeur Toscani. — M. le professeur Tamassia s'élève avec énergie contre l'obligation imposée par le code pénal au médecin de dénoncer dans les vingt-quatre heures les lésions violentes qu'il a été appelé à soigner ; l'auteur demande l'abrogation de cet article et l'appui des membres de la section dans ce sens.

Section de médecine : président, M. le professeur Edouard Maragliano. — M. le professeur Auguste Corona a la parole sur une nouvelle méthode de transfusion du sang dans le péritoine. Le sang artériel passe directement de l'artère de l'agneau qui le fournit, dans le péritoine au moyen d'un appareil spécial construit à cet effet. Des expériences faites sur des animaux ont parfaitement réussi ; reste à faire la preuve clinique.

M. le professeur Mosso, qui succède au précédent orateur, ne lui ménage pas les critiques. Il va même jusqu'à reléguer la nouvelle méthode aux simples études de physiologie et croit qu'il est plus prudent, au lit du malade, de s'en tenir à l'antique procédé qui a donné d'assez beaux résultats.

M. le docteur Ascenzi, incidemment, fait connaître un succès obtenu à l'hôpital de la Consolation à Rome, par la transfusion du sang de veine à veine, et un autre cas également heureux sur un malade atteint de cachexie paludéenne à l'hôpital du Saint-Esprit.

Section de chirurgie : président, M. le professeur Mazzoni. — M. le docteur Margary fait une leçon sur l'ostéotomie, qu'il a pratiquée 132 fois snr 63 malades atteints de lésions diverses. Une seule fois l'opération s'est terminée par la mort du malade et dans deux autres circonstances, il y eut ankylose ; tout le reste a parfaitement guéri.

M. le professeur Ceci explique ensuite l'action antiseptique de l'hydro-chlorate de quinine, ses indications et ses usages dans différentes maladies infectieuses.

(*A suivre.*) Dr G. MILLOT-CARPENTIER.

OBSÈQUES DU DOCTEUR MATHELIN

Lundi dernier, à l'église de la Madeleine, une assistance d'élite, composée de médecins et d'amis, rendait les derniers devoirs à M. le docteur Mathelin enlevé, à l'âge de 34 ans, à sa famille, en quelques heures, par des accidents cérébraux éclamptiformes, malgré les soins empressés de ses dévoués confrères MM. Blondeau et Fligel et les savants conseils d'un maître bien-aimé M. Henri Gueneau de Mussy.

A l'issue du service, bravant une pluie torrentielle, un cortège nombreux s'est acheminé jusqu'au cimetière du Père-Lachaise.

Sur le bord de la tombe, après quelques paroles émues d'un membre de l'Association polytechnique, dont M. Mathelin était professeur, M. le docteur de Beauvais, assisté de M. Rougon, a prononcé, comme secrétaire général de la Société de médecine de Paris, l'allocution suivante :

Messieurs,

Lorsque la mort, dans sa brutalité aussi aveugle qu'injuste, vient à nous enlever subitement l'un de nos collègues, à la fleur de l'âge, dans la pleine activité de la vie, nous ne pouvons nous défendre à la fois d'un mouvement de douloureuse surprise et d'un sentiment légitime de révolte contre ces coups du sort cruels et inattendus.

Telle est la pénible impression que nous avons tous ressentie, en apprenant samedi la perte de notre cher collègue Mathelin, si jeune et qui paraissait si plein de vie, de santé, je dirai même d'exubérance.

Il y a trois jours à peine, triste souvenir, je lui réclamais le manuscrit de son dernier mémoire lu devant notre Société.

Il me répondait de suite par un télégramme qu'il se mettait sans désemparer à la copie de ce travail.

Qui de nous aurait pu penser qu'une mort si prématurée allait l'interrompre et lui faire tomber la plume de la main ?

Vous vous rappelez tous, Messieurs, cette physionomie sympathique, cet œil noir et vif, cette voix sonore, cette parole colorée, cette fougue qui nous avaient séduits dès le premier jour.

Nous fondions sur ces généreuses qualités de véritables espérances, que vient de ruiner en quelques heures la mort de notre distingué confrère.

Nos regrets sont à la hauteur de son mérite réel, et nous partageons la profonde douleur qui frappe aujourd'hui son excellente mère, ses frères, sa digne épouse qui venait récemment de le rendre père pour la deuxième fois. — Après une grande joie, une immense affliction ! — Telle est la vie !

Puisse la sympathie générale qui accompagne jusqu'au seuil de cette tombe, ce fils, ce frère, cet époux accompli, ce confrère affectionné, adoucir un instant les larmes et la désolation de cette famille si éprouvée.

Au nom de la Société de médecine de Paris tout entière, cher Mathelin, je te dis adieu du fond du cœur ! Ta vie a été trop courte, hélas ! mais elle a été brillante autant qu'honorable — et rend ta mort plus douloureuse encore — en te garantissant de l'oubli. Car ta mémoire nous restera précieuse. Mathelin, une dernière fois encore, adieu !

M. le docteur Apostoli, condisciple affectionné de M. Mathelin, a retracé ensuite, dans un discours brillant, la vie, les travaux, le caractère, les généreuses aspirations et les qualités éminentes de son regretté camarade.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous venons d'apprendre, avec un douloureux étonnement, la mort de Mme Landowska, bientôt suivie de celle de son mari, le docteur Edward Landowski. Tous deux ont succombé à huit jours d'intervalle.

Nous sentons cruellement la perte de l'excellent confrère qui dirigeait avec talent et succès l'établissement sanitaire de Mustapha supérieur, en Algérie, et qui laisse après lui cinq orphelins.

Nous ignorons les causes de ce double malheur, et nous ne pouvons, en présence d'un aussi triste évènement, qu'envoyer à notre ami, le docteur Paul Landowski, l'expression de notre profonde sympathie.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Le vendredi, 8 décembre 1882, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication au rabais, et sur soumissions cachetées, des fournitures suivantes, nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris ; savoir :

Herbes et plantes médicinales, drogues, produits chimiques, matières et substances diverses à livrer à la Pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1883.

Sucre raffiné, en pains (52,700 kilogrammes) à livrer également à la pharmacie pendant le 1er trimestre 1883.

Spiritueux (20,000 litres d'alcool, 7,000 litres de rhum et 2,000 litres d'eau-de-vie) à livrer au même établissement pendant le 1er trimestre de 1883.

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges, au secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures.

— Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital Rothschild. S'adresser au directeur de l'établissement, tous les jours, de 8 heures à midi.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bellangé (Georges,) interne des hôpitaux, aide des travaux pratique. d'histologie, est nommé chef du laboratoire de la clinique des maladies, mentales en rempalcement de M. Chambard, démissionnaire.

M. Groslous est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours pour la place d'aide de physiologie aura ieu à la Faculté de médecine de Nancy dans la première quinzaine du mois de janvier 1883.

Les épreuves consisteront en : 1° dissection ; 2° vivisection avec maniement et démonstration d'un appareil de physiologie.

— Par décret en date du 4 novembre 1882, les professeurs titulaires des facultés, des écoles supérieures de plein exercice et préparatoires, des lycées et collèges, qui réunissent les conditions légales pour être admis à la retraite ne peuvent être admis que sur leur demande ou après que le ministre a pris l'avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique. — Les délibérations de la section, dans les affaires de cet ordre, ne sont valables que si la moitié plus un des membres sont présents. — Le décret du 13 avril 1875 est abrogé.

Circulaire aux recteurs. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient d'adresser, en date du 4 novembre, aux recteurs la circulaire suivante :

« Monsieur le recteur, la constitution des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie et des écoles préparatoires a donné lieu, de la part de ces écoles et des conseils académiques, à un grand nombre de vœux qui ont pour objet d'appeler des modifications dans le régime de ces établissements. Il y aura lieu de procéder à une enquête d'ensemble sur les diverses questions qui m'ont été soumises et d'appeler à délibérer à cet égard. Outre les écoles et les facultés, les conseils académiques, les points de vue différents auxquels se placeront ces diverses assemblées donneront plus de valeur à une consultation qui ne saurait être ni trop complète ni trop précise. Il sera facile à ces assemblées de distinguer, dans les questions qui suivent, celles qui sont de leur compétence particulière, celles qu'elles peuvent négliger ; sur toutes, vous devez avoir une opinion personnelle qui sera l'objet d'un rapport d'ensemble.

Il ne vous échappera pas que, si nous ne devons pas encourager les écoles qui donnent un enseignement médiocre et ne sauraient être améliorées, un intérêt général d'un ordre élevé nous engage à tout faire pour concourir à la décentralisation scientifique et multiplier les centres de sérieuses études.

1° Situation matérielle des écoles. — Convenance des locaux. — Salles pour les travaux pratiques. — Organisation de ces travaux. — Sujets pour l'anatomie. — Service des cliniques. — Nombre des opérations chirurgicales. — Internat. — Combien d'officiers de santé et de pharmaciens de seconde classe reçoit l'école ? — Combien d'étudiants prépare-t-elle au doctorat, au grade de pharmacien de première classe ? — Nombre des élèves. — Que manque-t-il à l'école comme moyen d'enseignement ? — Comment serait-il possible de fortifier cet enseignement, d'augmenter le nombre des élèves et de les retenir ? — Quel concours l'école

pourrait-elle trouver auprès de la Faculté des sciences? — Opinion sur ces questions des présidents de jurys qui ont été siéger dans les écoles.

2° — Quel est aujourd'hui le rôle des écoles par rapport aux facultés; que doit-il être? — Quelle partie des études peut être faite le plus utilement dans ces écoles? — Quelles modifications serait-il nécessaire d'apporter à la réglementation actuelle? — Modifications de détail. — Modifications plus générales.

3° — Quels sont les avantages et les désavantages du mode de recrutement actuel des suppléants nommés au concours? — Que propose l'école ou la faculté?

4° — Quelle action exerce sur les études la préparation à l'officiat de santé et au grade de pharmacien de deuxième classe?

5° — Quels changements pourraient être apportés, dans l'intérêt général des études, aux conditions de la scolarité et au droit des écoles en matière d'examen?

Les écoles et les facultés ajouteront à ces questions toutes celles qu'elles jugeront convenable de traiter. Plusieurs des renseignements de faits qui sont demandés ont été adressés à mon administration; mais ils doivent être donnés à nouveau dans l'enquête, pour permettre au conseil supérieur de se faire une idée précise de l'état des écoles en ce moment même; ils comportent du reste des appréciations que les écoles, les facultés et les conseils académiques devront faire aussi précises qu'il est possible. »

Le beurre naturel et le beurre margariné. — Un membre de l'Académie des sciences de Belgique, M. Dony, vient, dit la *Semaine agricole*, d'indiquer un moyen à l'aide duquel il est facile de distinguer le beurre naturel du beurre margariné.

C'est en chauffant séparément chacun des beurres que le savant belge a été mis sur la voie de ce procédé. Le beurre artificiel se comporte d'une façon toute particulière l'orsqu'on le chauffe de 150° à 160° dans une capsule ou dans un tube à réaction.

A cette température, il ne produit qu'une quantité insignifiante de mousse, mais la masse éprouve une sorte d'ébullition singulière, accompagnée de soubresauts violents qui tendent à projeter une portion du beurre hors du vase. La masse brunit, mais ce phénomène a lieu de la manière suivante: la partie grasse de l'échantillon conserve sensiblement sa couleur naturelle, et la matière caséeuse, qui seule brunit, s'en sépare assez nettement sous forme de grumeaux s'attachant aux parois du vase.

Le beurre naturel non falsifié, traité par le même procédé, se comporte tout autrement. Chauffé vers 150° ou 160, il produit une mousse abondante: les soubresauts sont beaucoup moins prononcés, et la masse brunit d'une façon dfférente. Une bonne partie de la matière colorante brune reste en suspension dans le beurre, de telle sorte que la masse totale conserve un aspect brun uniforme caractéristique. C'est la pierre de touche des beurres naturels.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le samedi 18 novembre, et les continuera les samedis suivants, à 9 heures 1/4, salle Saint-Ferdinand.

Il s'occupera surtout des maladies chroniques. Consultations le mercredi et le jeudi.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Aug. Voisin reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le dimanche 19 novembre, à 9 heures 1/2, dans les salles de son service, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. le docteur Thevenot commencera son cours public d'accouchements, le lundi 20 novembre, à 5 heures, 172, boulevard Saint-Germain. Manœuvres obstétricales.

Cours public sur les maladies des voies urinaires. — M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le mardi 21 novembre, à 5 heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

A quoi bon faire précéder de commentaires cette série d'articles périodiques que nous inaugurons aujourd'hui et dont nous continuerons régulièrement la publication? Le passé de ce journal et les traditions dont il s'honore sont, pour la circonstance, la meilleure profession de foi.

Des écoles puissantes, d'ingénieux systèmes, de brillantes théories, œuvres de l'esprit toujours fertile des inventeurs, ont succombé malgré leur éclat, ou succombent successivement à la décisive épreuve du raisonnement et de l'expérience. Seule, la clinique reste parce qu'elle ne vit que de faits. De plus, et il faut s'en féliciter, la chute des théories et la ruine des systèmes sont impuissantes à entraver les progrès continus de l'art médical.

La médecine pratique a un intérêt majeur à posséder, au jour le jour, un scrupuleux inventaire des faits cliniques les plus remarquables. A ce point de vue, et il est inutile de le démontrer, la médecine à Paris est privilégiée. Elle n'a pas seulement pour elle les savantes et nombreuses cliniques de la Faculté, elle possède encore l'usufruit d'un incomparable champ d'observation dans tous les services hospitaliers. Ce champ est quotidiennement fécondé par le travail, par la science et par le dévouement du Corps médical des hôpitaux, qui à son tour forme une grande école clinique où les traditions impérissables de la vraie médecine sont fidèlement continuées et dignement représentées.

Cette mine de richesses sans cesse renouvelées nous est déjà en partie ouverte par l'appui bienveillant d'un certain nombre de maîtres éminents. Nous les remercions de l'accès qu'ils veulent bien nous donner auprès d'eux. Nous trouverons dans leurs services et leurs leçons de précieux exemples et d'utiles enseignements pour la pratique de la médecine.

FEUILLETON

CAUSERIES.

Ayant pris quelques dispositions pour me préparer sans relâche au doctorat ès sciences médicales, j'ai craint un instant de me trouver en retard pour mon feuilleton; cependant, à force de diligence, j'ai pu satisfaire, comme vous voyez, à mon devoir de quinzaine. Et puis, après réflexion, il m'a semblé prudent d'attendre qu'un programme bien défini fût mis au jour, à l'usage des candidats à cette nouvelle dignité. Sauf le respect dû à un document de si haute provenance, je crois pouvoir dire que la circulaire aux recteurs manque de clarté, que beaucoup de choses y sont confondues sans ordre, et qu'une réponse tant soit peu nette à tant de questions enchevêtrées sera difficile à formuler. Comment voulez-vous décider, par exemple, si c'est du prosectorat, ou bien d'une double thèse originale, que dépendra la délivrance du futur diplôme? Dans la hiérarchie de l'enseignement supérieur, on comprend la nécessité de la licence, de l'agrégation et du doctorat, parce que ces titres comportent des fonctions universitaires de plus en plus élevées. Vous voulez, je suppose, enseigner la mécanique céleste à la Faculté des sciences de Montbrison ; il est naturel qu'avant de vous confier cette chaire, on s'assure que vous avez une compétence spéciale dans la matière, pour en faire part aux deux ou trois auditeurs qui suivront vos leçons. Mais les docteurs ès sciences médicales, à quoi serviront-ils, où les placera-t-on, dans quelle fraction de la confrérie pourront-ils bien se recruter? Le fait est que le besoin de cette innovation ne se faisait pas vivement sentir.

La **Clinique médicale des hôpitaux** ne doit pas être et ne sera pas une œuvre consacrée à des individualités, ni à une église petite ou grande. C'est dire que notre plume est acquise à tous les médecins des hôpitaux qui nous feront l'honneur de nous signaler les faits cliniques intéressants de leurs services. En analysant sans parti pris, mais avec indépendance, leurs observations et leur enseignement, nous essayerons donc de tracer une esquisse de la vie médicale hospitalière. De plus, comme ces études s'adressent plus particulièrement aux praticiens, nous ferons autant que possible une large place à la thérapeutique qui est, ou plutôt qui devrait être, toujours le but de la médecine.

ORCHITE DOTHIÉNENTÉRIQUE.

(Service de M. Sevestre, à l'hôpital Tenon.)

Orchite du déclin ou de la convalescence de la fièvre typhoïde. — Caractères cliniques. — Histoire. — Formes et diagnostic du début. — Variétés : orchites fugaces, graves, suppurées. — Différences avec les orchites ourliennes et varioliques. — Terminaisons : résolution, indurations épididymaires, atrophie et fonte testiculaires. — Pathogénie et nature. — Elle n'est pas un phénomène critique.

La fièvre typhoïde possède une sorte de prédilection pour les tissus glandulaires. De là, les noms qui lui ont été imposés, de *dothiénentérie*, par Trousseau et Bretonneau, de *fièvre entéro-mésentérique* par Serres et Petit, et celui, moins heureux, d'*entérite folliculeuse*, par Forget (de Strasbourg) (1). Mais les lésions glandulaires auxquelles elle doit son signalement anatomique ne sont pas seulement localisées aux follicules intestinaux et aux glandes mésentériques, on connaît, en effet, les lésions typhoïdiques de la rate et du foie. Est-il besoin de rappeler l'existence des parotidites et celle non moins fréquente des mammites dothiénentériques? (2) Ce sont aussi des altérations inflammatoires de même nature, mais plus rares, que les orchites du déclin et de la convalescence de cette affection.

C'est une de ces inflammations testiculaires dont M. le docteur Sevestre nous a montré un exemple nouveau, dans son service de l'hôpital Tenon. Le malade avait présenté tous les signes d'une fièvre typhoïde adynamique. La température suivait, depuis le 8 septembre dernier, une marche régulièrement décroissante. Sauf

(1) Trousseau. *Archives gén. de méd.*, 1826, t. X, p. 67. — Petit et Serres. *Traité de la fièvre entéro-mésenterique.* Paris, 1814.
(2) Leudet. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874, p. 113.

Mais une des particularités psychologiques de notre époque, c'est l'amour des programmes; si vous avez un programme, vous pouvez arriver à tout et rendre des services éclatants; si vous manquez de programme, vous êtes digne tout au plus d'une commisération dédaigneuse. Et, après tout, c'est peut-être le fait d'un aveuglement déplorable, que de ne point apercevoir combien le doctorat ès sciences médicales tient de place dans les aspirations du pays. Quant à sa raison d'être, ne la trouverait-on pas dans les dernières lignes de la circulaire ministérielle (*in caudâ venenum*), où il est suggéré qu'il modifierait les conditions du concours d'agrégation en les simplifiant. et qu'il aiderait ainsi à résoudre la question même de ce concours? On devine aisément comment les choses pourraient se passer : vous donnez au grade nouveau une haute valeur scientifique, comme dans la circulaire; et puis vous *choisissez* les agrégés parmi les titulaires, qui offrent par cela même tant de garanties que vous pouvez supprimer le concours d'agregation, ce qui le simplifierait énormément. Cela est dit d'ailleurs en toutes lettres : « dans quelle mesure pourrait il remplacer les concours? » et je pense que dans cette seule phrase il y a suffisamment de quoi se méfier. Il faut peut-être renoncer à voir rétablir le concours pour le professorat; raison de plus pour tenir fortement au maintien des concours d agrégation, si defectueux que puisse être leur agencement actuel. C'est ici d'ailleurs une tradition de famille.

Voilà pourtant de quoi troubler les futurs confrères qui, en ce moment même, débutent dans la carrière, en commençant leur premiere année, et qui verraient reculer, par le nouveau projet, le terme de leurs ambitions, que le simple doctorat avait suffi à combler jusqu ici. Mais il n'y a pas péril en la demeure, ils peuvent se rassurer, et se mettre à la besogne avec le zèle des néophytes, pour apprendre, dans des livres neufs, les differentes manières de tenir le bistouri, les six degrés des brûlures, et les caractères distinctifs des blessures par instru-

quelques oscillations, qui précédèrent l'apparition de plaques de muguet, sur la muqueuse pharyngienne et de râles sibilants dans la poitrine, de 40° la colonne thermométrique était descendue à 37. Depuis le 15 octobre, le malade se levait, et se promenait dans la salle. La convalescence était donc déclarée, quand le 28 octobre, il ressent subitement une douleur inguinale qui l'oblige à se coucher. Le soir, l'interne, M. Belin, observe de la rougeur et de la chaleur de la bourse droite. Le testicule droit est douloureux et augmenté de volume. Le lendemain, le chef de service constate de nouveau ces symptômes. L'épididyme est sain, le cordon légèrement endolori ; mais il n'existe ni œdème, ni épanchement scrotal ; les urines sont claires, normales et le testicule gauche est intact. Enfin, on n'observe ni écoulement uréthral, ni hématurie, ni albuminurie, ni cystite, ni hernie.

On est donc en présence d'une orchite parenchymateuse, qu'on traite par le repos et les applications de cataplasmes laudanisés. La résolution fut rapide et le 4 novembre elle était presque achevée.

L'orchite dothiénentérique a longtemps été regardée comme une complication très exceptionnelle de la fièvre typhoïde. Mais depuis quelques années, les exemples en sont devenus plus nombreux. A quelle cause attribuer cette augmentation de la fréquence de cet accident ?

Doit-on admettre une modification « du génie épidémique », ce mystérieux agent de tous les phénomènes obscurs et inexpliqués ? Faut-il voir dans ce fait une sorte de malignité plus grande du travail typhoïde? Non, assurément. D'abord cette inflammation, si souvent fugace, demeurait probablement inaperçue. Ensuite, survenant habituellement à une époque tardive, ou à la fin de la convalescence, elle devait être méconnue dans sa nature.

Actuellement, il n'en est plus ainsi. L'attention est fixée sur ce point et les observateurs la cherchent avec plus de soin. Déjà, cependant, Velpeau (1) la plaçait en 1844 à côté des orchites non uréthrales de la variole et des maladies des os ou des articulations. En 1867, Bouchut publiait un cas d'orchite survenue dans la fièvre typhoïde (2). Depuis, le nombre des observations s'est multiplié dans la littérature médicale contemporaine. M. Duffey en voyait dix-huit cas, dans l'épidémie

(1) Velpeau. *Dict. de médecine*, t. XXIX, 1844, art. *Testicule*, p. 469.

(2) Bouchut. *Traité pratique des malad. des nouveau-nés*, 1867, p. 996. Cette orchite était consécutive à une parotidite suppurée; on peut croire ici ou à une orchite septicémique ou à la superposition d'une affection ourlienne à la fièvre typhoïde.

---

ments piquants, tranchants et contondants. Ceux qui souhaiteront ensuite une consécration plus élevée que le titre de docteur, ceux-là trouveront amplement leur affaire s'ils veu ent aborder les concours de l'agrégation et du bureau central. Plus tard, les grandes situations scientifiques se couronnent par l'élection à l'Académie ou à la section de médecine de l'Institut; il est vrai que dans celle-ci, il y a si longtemps qu'on n'a plus nommé de médecin, qu'on ne peut guère la citer que pour mémoire. En résumé, la notoriété de bon aloi et les titres sérieusement acquis ont, parmi nous, d'assez nombreux et enviables moyens pour se faire reconnaître; un nouveau grade n'y ajouterait rien, et ce qui ne manquerait pas d'en résulter, ce serait la création d'une hierarchie non pas supérieure au doctorat actuel, mais *latérale;* le doctorat ès sciences médicales deviendrait l'apanage des personnalités qui se taillent une renommée à côté de la médecine, et chez qui le diplôme en question activerait les facultés envahissantes qui s'exercent déjà au détriment des représentants naturels et autorisés de notre profession. Il a surgi parfois de grandes figures, auxquelles ce titre de docteur ès sciences médicales aurait merveilleusement convenu, et qui auraient pu le recevoir sans danger; et pour citer un exemple frappant de cette adaptation, le nom de Littré se présente tout naturellement. Mais autant seront rares les savants qui illustreront les sciences médicales à la façon de Littré, autant serait inopportune la création d'un titre que justifieraient seulement de pareilles exceptions. Ce qui me fait craindre que ce doctorat ès sciences médicales soit tout spécialement destiné à couvrir et à légaliser certains états de parasitisme scientifique, c'est encore le texte même de la circulaire ministérielle, lorsqu'elle demande « quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données? » On voit sans peine à quels abus cette invention des équivalences ouvrirait la porte toute grande ; sans avoir jamais fait acte de médecin, rien n'empêchera que vous soyez

de fièvres qui, en 1867, sévissait sur la garnison de Malte (1). Quelques années plus tard, des observations étaient publiées par M. Hanot, au nom de MM. Lasègue et Bucquoy; par M. Sabourin, au nom de M. Henri Huchard; par MM. Vidal, Chedevergne et Cervelle. Cette question était discutée à la Société clinique. M. Lereboullet déclarait avoir été témoin d'orchites secondaires dothiénentériques pendant une épidémie, en 1876, et M. Vallin en signalait un cas dans ses annotations au livre de Griésinger (2). Enfin, l'an dernier, un médecin de la marine britannique, M. Ellis déclarait avoir observé cette orchite dans les mêmes conditions climatériques que M. Duffey (3).

Les faits cliniques ne manquent donc pas, et d'après Liébermeister, l'orchite dothiénentérique serait moins rare qu'on ne le croit généralement (4). Elle se montrerait même, au témoignage de ce médecin, dans cette proportion relativement et probablement trop considérable, de 1 cas sur 200 !

On voit donc par cet aperçu chronologique que si l'orchite dothiénentérique est une nouvelle venue dans la pathologie de la fièvre typhoïde, elle possède cependant une histoire. Si elle attend encore une monographie, elle n'en a pas moins déjà une physionomie nettement déterminée et un signalement clinique.

En général le début en est rapide, brusque, parfois inopiné. Tel est le cas du malade de l'hôpital Tenon. L'invasion de la douleur a été subite ; elle est survenue tout à coup, sans motif apparent et sans symptômes précurseurs.

Dans d'autres cas (obs. de MM. Vidal, Lasègue, Huchard) la convalescence était confirmée. L'apyrexie persistait depuis trois, six, dix et même vingt jours; les grandes fonctions étaient rétablies, et on entrevoyait la terminaison définitive et prochaine de la maladie. Souvent, comme le prouvent la plupart des observations, la dothiénenterie était de forme moyenne et de caractère adynamique, et aucune

(1) Duffey. *Dublin journ. of med. sc.*, février 1872.

(2) *Archives gén. de méd.*, novembre 1878, p. 595. — Vidal. *Société clinique*, séance du 20 juin 1877. — Henri Huchard et Sabourin. *Bulletin de la Société clinique*, 1878, p. 229 et 338. — Chedevergne. Thèse inaugurale; Paris, 1864. — Cervelle. *Considérations sur une variété d'orchite aiguë compliquant certaines fièvres graves.* Thèse de Paris, 1874. — Griésinger, an. par Vallin. *Traité des mal. infectieuses.* Paris, 1874.

(3) Ellis. (*The Lancet*, 22 janvier 1881, p. 161. *Orchitis as a concomitant and sequel of Mediterranean fever.*)

(4) Liebermeister. *Ziemssen's cyclop.*, t. I, p. 181.

---

fait mamamouchy, je veux dire docteur ès sciences médicales, et que par cette investiture vous arriviez à usurper les fonctions ou l'influence qui nous appartiennent, et que l'on ne trouvera pas mauvais que nous défendions. Tenons donc pour dangereux le cadeau (*dona ferentes*) qui aurait pour resultat de faciliter l'accès des grandes carrières aux notabilités envahissantes de la médecine en chambre, ou en laboratoire. Le bâton de maréchal est assez dur à gagner chez nous, pour que nous soyons fondés à nous montrer jaloux de ne point le voir subtilisé par des conquérants d'aventure issus d'un *pronunciamento*, fût-il ministériel et avec garantie du gouvernement.

Dans l'état actuel des choses, je trouve une certaine grandeur et comme un certain charme précisément dans l'unité de ce titre de docteur en médecine, qui entretient entre tous les membres de la corporation une précieuse égalité; c'est lui qui permet aux plus humbles de conserver auprès des plus illustres la qualité de confrère, et de les saluer de ce nom en toute circonstance; c'est lui qui fait du Corps médical un vaste collège dont toutes les unités ont entre elles ce facteur commun d'un indice initial, identique pour tous, à l'inverse des efforts de hiérarchisation qui se font jour dans toutes les collectivités humaines, y compris les plus émancipées. Le titre de docteur en médecine garde, par lui-même, aux yeux du public, tout le prestige que l'on peut désirer; le supplément de faveur et d'élévation qui revient aux maîtres, s'acquiert indépendamment de tous les diplômes du monde, fussent-ils du meilleur parchemin. Je crois au surplus que la gratification la plus claire que l'on tire des diplômes, c'est de s'y voir traité d'*impétrant*, désignation bizarre qui tout d'abord semble manquer de civilité; heureusement cela n'arrive qu'un petit nombre de fois, même dans l'existence des mieux pourvus.

En fait de réformes et de nouveautés, il y en a de plus utiles à proposer que la création

complication n'en avait jusque-là modifié l'évolution. C'est alors que de nouveaux phénomènes fébriles vont attirer l'attention ; que le thermomètre peut marquer 39 et même 40° (obs. III de M. Hanot), le pouls s'élever à 120 (obs. I de M. Vidal), et le malade éprouver de violents frissons.

C'est alors aussi qu'en l'absence d'autres complications, le médecin pourra penser à une rechute. Peut-être même il en discutera la possibilité, au moment où le malade, accusant une douleur inguinale ou scrotale, indiquera ainsi la cause de cet appareil fébrile. Il faut donc, dans des cas semblables, comme l'a dit M. Henri Huchard « toujours chercher de ce côté pour trouver l'origine d'accidents mal expliqués » (1). Cette vigilance est opportune, car la douleur peut être obscure, ou même le malade ne pas en rendre compte. C'est alors que les signes physiques de l'orchite assureront seuls le diagnostic.

L'invasion se présente parfois sous une autre forme. Les phénomènes fébriles de la phlegmasie testiculaire sont absents, ou plutôt ne sont pas apparents. Ils se confondent avec ceux de la période pyrétique de dothiénentérie. Les signes locaux feront ici encore disparaître toute hésitation. L'orchite est alors *précoce* et se déclare avant la défervescence de la fièvre typhoïde. Elle diffère, à ce point de vue, de l'orchite *tardive* qui apparaît après la chute définitive de la température.

Quelle est donc la physionomie clinique de l'orchite dothiénentérique ? Elle est indépendante de toute métastase sur les parotides et de toute suppuration de ces dernières. Tel était le cas du malade dont nous avons analysé l'observation. Elle diffère donc des orchites ourliennes et septicémiques.

La douleur consiste parfois dans une gêne testiculaire que la palpation des bourses n'exagère pas toujours (obs. II de M. Vidal). Elle est variable en intensité, mais quelle que soit sa violence elle n'est jamais ni *atroce*, ni *névralgique* (Fournier), comme celle des épididymites compliquées d'orchites. Néanmoins, elle peut être vive et, comme on l'a vu, empêcher la station debout. Enfin, elle est le plus souvent augmentée par la pression sur le testicule.

L'œdème, la rougeur, le gonflement du scrotum et parfois la vaginalite avec épanchement sont les signes classiques de toute inflammation aiguë testiculaire. Nous ne nous y arrêterons pas. Le siège de cette orchite mérite l'attention. Elle est monotesticulaire et l'épididyme est rarement atteint. A ce point de vue, elle diffère de

(1) *Société clinique*, 28 novembre 1878.

d'un nouveau grade, et j'en souhaiterais une qui rendrait de véritables services, dans un ordre de choses beaucoup plus modeste, mais essentiellement pratique. Ce serait d'exiger des étudiants en médecine, à un moment quelconque de leur scolarité, un stage de trois mois dans une pharmacie. L'idée n'est point nouvelle, et je crois me souvenir que mon maître, le professeur Hirtz, était très partisan de cette mesure et se plaisait à en faire ressortir les avantages. Ils sont faciles à comprendre. Dans toute la partie de nos études consacrée aux sciences accessoires, on nous apprend des choses fort intéressantes, mais rarement utiles; on nous montre la manière d'analyser les eaux, de découvrir l'acide ou la base d'une solution saline, de reconstituer par synthèse des composés organiques, toutes choses qui ne se présentent jamais dans la carrière d'un praticien, hors des bancs de l'école. Ce que nous apprenons très imparfaitement, c'est la technique de la matière médicale, à laquelle nous avons affaire cependant du matin au soir. Il nous passe bien sous les yeux quelques bocaux garnis de produits fossiles; ce n'est d'ailleurs qu'une vision rapide, et aussitôt évanouie. Il en résulte que toutes les substances et préparations que nous ordonnons à nos malades, nous en connaissons bien les vertus, mais non point le goût, ni la couleur, ni la cuisine en un mot, et c'est une lacune dont chacun de nous a pu ressentir les inconvénients. Il est hors de doute que le maniement de la thérapeutique nous serait plus facile, et que nous en saurions tirer un meilleur parti, si nous possédions ces notions élémentaires de pharmacologie, qui seraient pour nous comme les *leçons de choses* que l'on donne aujourd'hui dans les lycées. Et nous ne risquerions plus de rester courts devant un malade nous demandant si sa pommade a été bien préparée, si sa potion a bien le goût qu'il faut. Ce côté défectueux de notre éducation médicale nous laisse, pour toute notre carrière, embarrassés et incertains dans l'art de formuler, et c'est là une des causes du succès des spécialités pharmaceutiques, contre lesquelles

ces fausses orchites varioliques dues à la pustulation de la peau du scrotum ; fausses orchites bien différentes des phlegmasies réellement parenchymateuses du testicule, dans la petite vérole.

De plus, chez le malade de l'hôpital Tenon, l'orchite était unilatérale et siégeait à droite. En parcourant les observations qui ont été publiées, on remarque qu'il en est souvent ainsi. Sur neuf cas, sept fois l'orchite était à droite et deux fois seulement à gauche. Enregistrons ce résultat de statistique, mais gardons-nous bien d'en chercher les explications!

Tel est le début de l'orchite dothiénentérique. Dans huit cas sur douze, l'hyperémie ne va pas au delà de cette période *congestive*; elle est *bénigne* et se termine en six, huit ou dix jours par une franche résolution. Parfois même cette orchite est encore plus atténuée, et consiste alors dans une sorte de fluxion inflammatoire passagère ; elle est *fugace*.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Au lieu de s'amender, les phénomènes locaux augmentent d'intensité ; une *période d'inflammation* aiguë remplace alors la phase congestive, et peut aboutir à la fonte purulente ou à l'élimination soit partielle, soit totale du parenchyme testiculaire. Dans quatre cas sur treize, on a observé cette orchite dothiénentérique *suppurée*.

A quelle cause attribuer la fréquence relative de cette dernière et grave terminaison? N'existerait-il pas, comme le pense M. Hallopeau (1), des modifications profondes du tissu testiculaire, analogues aux altérations dothiénentériques des autres glandes, du foie et de la rate? Le travail typhoïde ne met-il pas ces organes dans un « état d'imminence morbide » et de vulnérabilité plus grande aux causes occasionnelles? Ne peut-on pas aussi, avec M. Campenon (2), comparer ces orchites aux localisations testiculaires septicémiques de la convalescence des périostites phlegmoneuses diffuses?

Ici donc le pronostic est grave. Il peut le devenir aussi dans les formes en apparence bénignes, car l'orchite dothiénentérique a des conséquences *lointaines*. Trois fois, en effet, dans une série de sept malades, on a noté des *indurations épididymaires* persistantes; une fois enfin, dans la même série, on a constaté (obs. I de M. Hanot), quelques jours après la guérison, la diminution du volume et l'*atrophie testiculaire*. Ce dernier cas était-il exceptionnel ou bien les malades sont-ils déjà

(1) Hallopeau. *Société clinique*, 20 juin 1879, p. 148.
(2) Campenon. *Eod. loco*, p. 149.

---

s'élèvent tant de préventions plus ou moins fondées, mais qui ont bien leurs avantages. Le moindre stage dans une officine nous rendrait, pour l'avenir, plus maîtres de la matière médicale, en nous assurant cette assimilation exacte des choses, qui ne s'obtient que par la vue et le toucher. Cela nous épargnerait bien des fantaisies posologiques, qui échappent aux plus forts, et font sourire l'élève en pharmacie chargé de donner un corps à nos inventions. Que celui auquel il n'est jamais arrivé de prescrire des pilules grosses comme des prunes, jette la première..... boulette à mon projet, pour lequel l'avis des conseils académiques ne me paraît pas encore urgent.

LUBANSKI.

RUPTURE DU TYMPAN CHEZ LES PLONGEURS. — Le docteur Wilson, chirurgien auriste à Saint-Marys' Hospital, rapporte deux cas de rupture du tympan survenus chez les plongeurs; dans ces deux cas, l'audition a été gravement compromise, mais la guérison a pu être opérée au bout de dix jours.

Voici comment M. Wilson explique l'accident. L'eau qui surmonte la colonne d'air dans le conduit auditif externe exerce une pression brusque sur la membrane, tandis que la pression dans l'oreille moyenne reste invariable. Il est donc indispensable, en plongeant, de prendre une très forte aspiration et, par l'élévation du voile du palais, d'empêcher l'air de s'échapper par le nez. Cet accident, plus fréquent qu'on ne le croit chez les baigneurs, s'explique par le défaut de sensibilité de l'oreille, qui n'est pas douée, comme l'œil, de la faculté de se préserver des dangers qui la menacent, par des contractions ou par tout autre moyen.

perdus de vue pour le médecin, quand cet accident tardif se manifeste? Cette hypothèse n'est pas invraisemblable.

En résumé, l'orchite dothiénentérique est une complication du déclin et de la convalescence de la fièvre typhoïde ; précoce ou tardive, bénigne ou grave, fugace ou suppurée, elle apparait dans la forme adynamique, en l'absence de cystite, d'hématurie et d'autres causes locales. Le pronostic en est sérieux, parce que, si elle n'aboutit pas toujours à la fonte testiculaire, elle a, dans des cas bénins en apparence, entraîné l'atrophie de la glande séminale, et surtout parce qu'elle est une preuve de la profondeur du travail typhoïde.

Quelle est donc la pathogénie de cette orchite? Nous ne nous y arrêterons guère, car la clinique est une science de faits, et n'a pas la discussion des hypothèses pour objet. Les explications ne manquent pas cependant, telles que, par exemple : génie épidémique, influences climatériques, rhumatisme, onanisme et autres encore ! Quelle valeur doit on leur accorder?

1° L'intervention d'un *génie épidémique*? Soit. C'est là une affirmation qui peut avoir une valeur; on en prend note, mais on ne la discute pas.

2° Les *influences climatériques* ou *saisonnières?* Sénator (1) a écrit, en effet, que ces orchites sont plus fréquentes en automne et en hiver. Cette remarque est-elle un argument suffisant? Ne faut-il plutôt y voir une conséquence de la loi de l'évolution saisonnière de la dothiénentérie ? (2).

3° Le *rhumatisme?* MM. Duffey et Ellis, après Sénator, ont essayé de comparer cette orchite aux manifestations rhumatismales de la scarlatine et de l'état puerpéral (3). Mais l'orchite rhumatismale a été décrite par M. Bouisson (de Montpellier), et diffère de l'orchite dothiénentérique.

4° La *masturbation*? Le réveil de l'activité génitale exciterait, d'après M. Bucquoy, les convalescents à cette pratique. Soit. Mais, à la différence de l'orchite dothiénentérique, l'orchite de l'onanisme est une simple fluxion, elle ne suppure jamais.

5° La *thrombose cachectique des veines spermatiques*? (4) La suppuration serait alors la terminaison habituelle de cette complication. Elle n'est pas constante.

6° La propagation au testicule d'une *uréthrite catarrhale*, par un mécanisme semblable à celui des parotidites ourliennes? Avant d'adopter cette hypothèse de M. Vallin, il faudrait prouver l'analogie de ces orchites avec les oreillons et cette démonstration est encore à faire.

L'orchite dothiénentérique est donc, comme M. Sevestre le disait dans le cas actuel, une orchite parenchymateuse, empruntant de même que les autres complications typhoïdiques, son signalement spécial, son indice particulier à l'état typhoïde lui-même. Fugace ou suppurée, elle ne constitue pas un phénomène critique puisqu'elle survient habituellement après la défervescence. Enfin de toutes les hypothèses pathogéniques qui ont été données pour en expliquer l'origine, aucune n'est à l'abri des objections, parce qu'aucune n'est en parfait accord avec la clinique, cette science qui toujours fidèle au précepte de Bacon « *ne doit rien admettre qu'elle ne le prouve.* »

Ch. ELOY.

(1) Senator. *Ziemssen's cyclop.*, t. XVI, p. 20.
(2) Ernest Besnier et Du Castel. UNION MÉDICALE, 1868-1882, *Passim. Comptes rendus des malad. régn. à la Société méd. des hôpitaux.*
(3) Duffey. *The Lancet*, 10 avril 1881, p. 571, et Ellis, *loc. cit.*
(4) Bucquoy, Vidal, Vallin, etc. Voir discussion à la *Société clinique*, 1877. *Loc. cit.*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 novembre 1882. — Présidence de M. BLANCHARD.

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire perpétuel mentionne :
1° Une note de MM. Dastre et Mora, sur le réflexe vaso-dilatateur de l'oreille ;

2° Une note de M. Balbiani, sur la signification des cellules polaires chez les insectes ;

3° Une lettre de M. Langée, concernant une nouvelle application de l'électricité. Il s'agit d'un mécanisme simple et peu coûteux, à l'aide duquel une horloge met en mouvement toutes les sonneries qu'on veut dans une maison;

4° Une note de M. Stanislas Meunier, intitulée : *Contribution à l'histoire géologique du fer météorique* de Pallas. — Tel qu'il est ordinairement décrit, le fer de Pallas consiste en une sorte de réseau métallique constitué avant tout par divers alliages de fer et de nickel retenant dans ses mailles d'innombrables grains de péridot.

En étudiant un échantillon de la collection du Muséum, j'y ai vu le sulfure de fer, dit pyrrhotine, jouer un rôle aussi considérable que le fer nickelé : de nombreux grains de péridot sont agglutinés entre eux par un réseau épais entièrement formé de pyrrhotine, sans mélange de fer nickelé. Le sulfure y a d'ailleurs la même allure que les alliages métalliques, remplissant exactement comme eux les intervalles des grains silicatés et, comme eux, pénétrant en filaments capillaires dans les fissures du péridot.

La manière d'être de cette pyrrhotine démontre qu'elle s'est constituée *avant* la concrétion du fer nickelé. Comment expliquer autrement, par exemple, dans l'échantillon étudié, l'existence d'un noyau de fer dont la section subcirculaire est noyée en pleine pyrrhotine et où les acides révèlent une structure parallèle au contour ?

Quant à l'origine de cette pyrrhotine, elle paraît être expliquée par l'expérience qui permet de l'obtenir, en réduisant par l'hydrogène sulfuré un mélange de chlorure de fer et de chlorure de nickel. On doit supposer que des fissures, ayant été préalablement remplies de péridot concassé, le mélange des chlorures en vapeurs et l'acide sulfhydrique s'y sont dégagés, comme ont fait des émanations analogues dans nos filons stannifères, dont la pyrite magnétique est d'ailleurs un des minéraux habituels. La température a dû baisser ensuite, vers le moment où l'hydrogène sulfuré a été remplacé par l'hydrogène et où, par conséquent, le dépôt de la pyrrhotine a fait place à la concrétion des alliages de fer et de nickel.

L'importance de la pyrrhotine dans le fer de Pallas est une raison de plus pour séparer cette météorite des autres masses que Gustave Rose lui avait réunies, pour constituer son type *pallasite*, et qui en diffèrent aussi, comme j'y ai insisté, par la nature de leurs éléments lithoïdes.

Un viticulteur a fait, sur la matière colorante des raisins (l'œnocianine), des expériences desquelles il résulte que la couleur des raisins est un produit d'oxydation qui ne se développe que très peu de temps avant la maturité. Une grappe cueillie au moment de ce que les vignerons appellent « la variation », et mise dans le vide de la machine pneumatique, s'y dessèche rapidement. Les grains deviennent durs, cassants et semblables aux grains de verre des raisins artificiels. Cela, pour le dire en passant, nous semble bien étrange, et l'on ne comprend guère ce qui rend ainsi rigide l'enveloppe du grain. Mais, puisque c'est un fait d'expérience, nous n'avons rien à dire, sinon que nous voudrions bien être témoin de ce phénomène. Lorsqu'on laisse rentrer l'air dans la cloche, le raisin qui était à peine coloré se revêt alors d'une belle couleur rouge foncé et prend l'aspect du fruit mûr.

M. Mascart adresse une note sur l'état électrique de l'air.

M. Faye donne lecture d'une lettre de M. Jacquet à M. Gaillon, de Bordeaux, concernant la grande comète de 1882. Le correspondant insiste sur le spectacle magnifique qu'a présenté cette comète à Montevideo et à Buenos-Ayres le 18 et le 25 septembre dernier.

M. Faye pense que la comète de cette année pourrait bien être la même que celle qui a été vue en 1843. Il n'en est pas sûr cependant, parce que les comètes qui s'approchent du soleil, comme a fait celle de 1843, se séparent en deux ou trois fragments, qui continuent à suivre la même orbite, mais ne se rejoignent jamais. C'est ainsi, selon toutes probabilités, que se forment les étoiles filantes.

M. Janssen annonce que le 6 mai de l'année prochaine, un des plus intéressants phénomènes de l'astronomie sera visible en Océanie. Il s'agit d'une éclipse totale du soleil. L'astre central sera complètement caché pendant six minutes, et l'éclipse parcourra toutes ses phases en vingt minutes. M. Janssen voudrait que dès à présent on se préparât à observer cette rare occultation qui pourra fournir sur la constitution physique du soleil des données précieuses.

M. Vulpian, au nom de MM. Ch. Richet et Rondeau, dépose sur le bureau les résultats d'expériences instituées pour étudier les troubles de la vue et du cœur chez les chiens refroidis à 7° au-dessous de zéro. Nous y reviendrons.

Au nom d'un médecin de Paris, très connu dit-il, mais qu'il n'a pas nommé, M. Vulpian dépose encore une note sur l'assainissement des cimetières. L'auteur propose de remplacer les cercueils en bois par des espèces de sarcophages en verre, de même forme que les boîtes de momies égyptiennes. Ces sarcophages composés de deux pièces lutées avec soin, ne laisseraient échapper aucun gaz méphytique.

M. H. Bouley fait hommage à la bibliothèque de l'Institut d'une brochure contenant l'allocution qu'il a prononcée à la Société d'acclimatation sur les nouvelles vaccinations; et, à ce propos, il fait connaître les expériences conduites par M. Duclos (du Cantal), sur la préservation du charbon par les procédés d'inoculation vaccinale indiqués par M. Pasteur. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

La balanoposthite parasitaire, par Oscar SIMON. — Chez les diabétiques, on voit se développer une inflammation du cul-de sac préputial d'origine parasitaire. A l'érythème du gland et du prépuce succèdent une sécrétion puriforme et des érosions superficielles. Un phymosis peut se développer, ainsi que des végétations. Il s'agit d'un champignon qui trouve dans l'urine des glycosuriques des éléments de nutrition. Ses spores ont un diamètre de 0,002 de millimètre à 0,004. Le mycelium a de 0,0015 de millimètre à 0,0045. On n'a pas observé de sporanges. Le traitement consiste en applications antiseptiques. (*Transact. of the int. Med.* et *London med. Rec.*, 15 août 1882.)

Spasmes musculaires multiples (*Paramyoclonus multiplex*), par FRIEDREICH. — Chez un journalier de 50 ans atteint de cirrhose pulmonaire avec bronchectasie se développa, à la suite d'une frayeur, une affection nerveuse des plus rares, caractérisée par le spasme d'une série de muscles isolés des membres supérieurs et inférieurs. Des contractions rapides et courtes, se succédant à petits intervalles, se manifestaient : dans le biceps et le triceps du bras, le long supinateur, puis au triceps fémoral et à un moindre degré aux adducteurs du biceps fémoral, et au demi-tendineux. Tous les autres muscles du corps restaient silencieux. Ces spasmes cessaient pendant le sommeil et à l'occasion d'un mouvement volontaire. La force de ces muscles était intacte; leur excitabilité, au simple choc, exagérée; le réflexe rotulien de même très exagéré. Ces phénomènes étaient plus marqués à droite qu'à gauche. Ils duraient depuis plusieurs années. La galvanisation en triompha. D'après Friedreich, le point de départ devait être une lésion de quelques groupes de cellules ou noyaux ganglionnaires des cornes antérieures. (*Virchow's Archiv*, vol. 86, p. 421, 1881.)

Etat des fonctions génitales de la femme dans les fistules vésico-vaginales, par KRANER, de Breslau. — Sur 60 cas, 14 fois seulement la menstruation était à peu près normale; 38 fois elle avait complètement cessé; dans le restant des cas, les intervalles étaient très irréguliers et l'évacuation rare. Il est donc incontestable que la fistule vésico-vaginale entraîne l'aménorrhée dans le plus grand nombre des cas, cependant moins par elle-même que par les désordres connexes de l'appareil utéro-ovarien. Ces 60 malades n'ont présenté que 6 conceptions. En ajoutant ces faits à ceux publiés, l'auteur réunit 37 cas de grossesse coexistant avec une fistule : 1 seule grossesse dans la majorité des cas (21); 2 dans 12; 3 dans 1 cas, et 1 seule fois, une succession de nombreuses grossesses. 23 fois, il y eut avortement ou accouchement prématuré, à des dates diverses; 9 fois, l'accouchement fut très régulier; 4 fois, il est mentionné facile; dans 14, les renseignements manquent. Ces résultats paraissent également dus à l'intégrité plus ou moins complète de l'organe et des fonctions utérines. Dans 3 faits, une guérison spontanée par la suite de l'accouchement. Les fistules simples, ne concernant pas l'utérus, peuvent être opérées sans inconvénient pendant les premiers mois de la grossesse. Dans 11 accouchements après opération et guérison d'une première fistule, 3 fois il y eut récidive; ce nouvel accident dépend, d'ailleurs, moins de la fragilité des tissus de cicatrisation que des causes de dystocie permanentes. (*Arch. f. Gynecol.* et *Schmidt's Jahrbücher*, juillet 1882.)

Traitement des hémorroïdes par des injections d'acide phénique, par KELSEY. — Kelsey emploie une solution d'acide phénique au 6e dans l'eau ou la glycérine, et en injecte 5 gouttes dans chaque tumeur hémorrhoïdale. L'anesthésie n'est aucunement nécessaire pour cette petite opération, qui ne cause qu'une douleur insignifiante. Les injections sont renouvelées toutes les semaines, le malade va et vient dans l'intervalle, sans aucun inconvénient. Une seule ois, une injection mal faite et l'emploi d'une solution trop forte ont occasionné une ulcération assez étendue, qui n'a pas compromis la guérison définitive. (*The Lancet*, 26 août 1882.)

L'iode dans la malaria. — Le docteur MORISON a traité avec un grand succès 250 cas de fièvre intermittente franche par la teinture d'iode. Il en administre 15 minimes, trois fois par jour, dans une potion gommeuse, un quart d'heure avant le repas. Dans la cachexie paludéenne, ce médicament n'a aucune valeur. La constipation, la grossesse et la lactation ne sont pas des contre-indications. (*Maryland med. Journal.*)

BABOS BROJENARA a employé la teinture d'iode dans l'Inde, en 1879, avec un égal succès dans plus de 500 cas. Puis, en 1880, ce remède s'est trouvé fort infidèle. Il pense qu'en 1879 il a eu affaire à un assez grand nombre d'accès éphémères, qu'il reconnaît mieux aujourd'hui, et dans lesquels on fait honneur à la médication, de succès revenant tout simplement à la marche naturelle de l'affection. Sans compter qu'on observe des accès de fièvres légitimes qui tendent à la guérison spontanée en 3, 4, 5 et 6 jours. Les vieilles matrones indiennes ne s'y trompent pas, et n'administrent jamais le fébrifuge avant le troisième jour. En réalité, l'iode ne guérit que 55 °/₀ des cas de fièvres paludéennes, et est de tous points inférieur à la quinine. L'intolérance est d'ailleurs fréquente; nausées, vomissements, chaleur à la peau, quand ce syndrôme existe, l'iode ne fait qu'aggraver la situation. Le plus souvent, il détermine des démangeaisons insupportables, de la congestion céphalique, de l'injection des conjonctives, du coryza et un état gastrique. (*Ind. med. Gaz.*) — (*The Practitioner*, août 1882.)

Le même auteur se loue beaucoup, en revanche, de l'*alun* comme antipériodique; c'est d'ailleurs une substance facile à trouver et à bon marché. Son efficacité se manifeste en particulier dans les cas où la fièvre à accès a, dans ses retours, la régularité d'une véritable horloge; les types irréguliers ne sont pas touchés. Deux doses suffisent en général pour assurer la guérison, de 8 grains (alun calciné) chacune; la première dose est donnée trois heures, et la seconde une heure avant l'accès. (*Id.*, août 1882.)

Du rôle du mode respiratoire dans les déplacements utérins, par CLIFTON WING. — La respiration presque exclusivement abdominale, employée par certaines personnes dans le chant ou même la conversation, a pour résultat de peser sur les organes du petit bassin et, à la longue, de leur imprimer une direction vicieuse. L'appareil ligamenteux et musculaire de soutien de l'utérus est forcé, ne possédant pas en lui-même les éléments d'une résistance suffisante. L'auteur a observé un certain nombre de faits rentrant dans cette pathogénie, à laquelle l'usage de corsets trop rigides donne un appoint efficace. (*Id.*, août 1882.) R. LONGUET.

Sur le convallaria maïalis, par HURD, de Newport (Amérique). (Extrait analytique du *Medical Record* août 1882.) — Hurd rapporte les expériences que M. Germain Sée a entreprises sur les chiens avec l'extrait de convallaria maïalis, aussi bien que les recherches exécutées sur les malades par les expérimentateurs avec le même médicament. Sée regarde ce médicament comme indiqué dans toutes les maladies du cœur d'une nature purement nerveuse, et dans celles qui sont liées à des affections organiques (hypertrophie, dilatation, affections valvulaires); il le regarde comme particulièrement utile dans l'hydropisie et l'œdème dépendant des maladies du cœur par suite de son action diurétique. Les résultats sont moins favorables dans les cas de maladies du cœur avec dyspnée. Sée donne l'extrait de convallaria maïalis aux doses de 0,5 à 1,5 grammes. Il n'a pas constaté d'action accumulatrice comme avec la digitale; et il n'a observé aucune espèce d'effet fâcheux.

Hurd a employé ce médicament dans deux cas avec un grand succès. L'un se rapporte à un malade atteint de maladie de Corrigan, avec de fortes attaques de syncope, de dyspnée et d'angine de poitrine. Après trois jours de l'emploi du médicament, il y avait déjà une amélioration considérable.

Le second est celui d'une dame ayant une insuffisance aortique et mitrale, une dilatation énorme du cœur, une asystolie prononcée, une violente dyspnée causée par le passage de sang dans la petite circulation, de l'hydrothorax et de l'œdème des extrémités. Hurd donna l'extrait de convallaria maïalis en commençant par 5 gouttes toutes les quatre heures et s'arrêtant à 12 gouttes. Dès la septième dose, les contractions du cœur devinrent plus régulières, l'hydrothorax et l'œdème diminuèrent, la diurèse avait augmenté d'une manière très notable.

Comme conséquence de ses observations, Hurd considère ce médicament comme digne d'être soumis à de nouvelles recherches.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 3 au 9 novembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,119. — Fièvre typhoïde, 112. — Variole, 9. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 45. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchites aiguës, 21. — Pneumonie, 55. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 39 ; au sein et mixte, 41 ; inconnus, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94 ; circulatoire, 73 ; respiratoire, 70 ; digestif, 53 ; génito-urinaire,

31; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 9.

CONCLUSIONS DE LA 45e SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,211 naissances et 1,119 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,174, 1,111, 1,077, 995. Le chiffre de 1,119 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (112 décès au lieu de 125 pendant la 44e semaine;

Une aggravation pour la Diphthérie (45 décès au lieu de 31); la Variole (9 au lieu de 4); la Rougeole (14 au lieu de 7); l'Érysipèle (5 au lieu de 2).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions supérieur pour la Diphthérie (28 malades reçus du 30 octobre au 5 novembre, au lieu de 24 entrés pendant les 7 jours précédents), et inférieur pour la Variole (15 au lieu de 29), et pour la Fièvre typhoïde (341 au lieu de 428).

Le chiffre des personnes atteintes de Fièvre typhoïde qui sont entrées dans les hôpitaux a donc été inférieur de 87 à celui constaté dans le dernier bulletin ; d'autre part, le nombre des avis transmis par nos confrères, concernant des malades soignés à domicile, est descendu de 193 à 127. Enfin, au point de vue de la mortalité, on a vu que le total des décès avait subi également une diminution.

Si la Fièvre typhoïde est en décroissance, les autres maladies épidémiques, surtout celles qui menacent l'enfant, Rougeole, Diphtérie, tendent, comme on pouvait le prévoir, l'influence de l'epidémie typhoïde diminuant, à reprendre leur chiffre ordinaire.

Comme répartition locale, nous noterons : pour la Rougeole, le quartier *Montparnasse*, où est situé l'hospice des Enfants-Assistés (8 décès); pour la Diphterie, les quartiers de *Plaisance* et de la *Folie-Méricourt* (chacun 4 décès) ; pour la Fièvre typhoïde, les quartiers de *Clignancourt* (6 décès) de la *Salpêtrière* (5 décès), des *Archives*, de la *Monnaie*, de la *Porte-Saint-Martin*, du *Combat* (chacun 4 décès).

Au sujet de la localisation des épidémies, il est intéressant de remarquer les différences qui existent entre Londres et Paris sous le rapport des maladies infectieuses. Le relevé que nous donnons ci-dessous, et qui a été établi d'après les résultats enregistrés chaque semaine par le *Weekly Return* et le *Bulletin hebdomadaire* (Nos 40 à 43), indique quels ont été, du 1er au 28 octobre, pour chacune de ces villes, les chiffres des décès causés par les principales affections épidémiques.

A l'égard des différences qui ressortent de l'examen des chiffres de ce tableau, il convient bien entendu, pour en apprécier exactement la valeur, de tenir compte de l'écart existant entre la population respective de chacune de ces grandes agglomérations.

	LONDRES Population, 3,893,272 (estimée au 1er juillet 1882)		PARIS Population, 2,239,928 (Recensement de décembre 1881)
Variole.............	13	—	25
Fièvre typhoïde......	130	—	801
Scarlatine...........	304	—	3
Rougeole	139	—	22
Diphthérie	164	—	103
Coqueluche	95	—	22
Infection puerpérale..	21	—	15

Ainsi dans le même mois, tandis que la Fièvre typhoïde occasionnait à Paris 801 décès, elle en causait 130 à Londres, et, d'un autre côté, Paris enregistrait 3 décès par Scarlatine, contre 304 survenus à Londres pendant le même temps. On voit par là combien diffèrent les influences morbides qui règnent dans ces deux villes.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

CONCOURS DE L'AGRÉGATION EN MÉDECINE. — Le jury pour le concours de l'agrégation en médecine (section de pathologie interne et de médecine légale) qui doit commencer le 1er décembre prochain est composé de la manière suivante :

Président : M. le professeur Lasègue. — *Juges titulaires :* MM. Sée, Fournier, Jaccoud, Cornil, Dieulafoy, Mayet (de Lyon), Dupré (de Montpellier), Bergeron (de l'Académie de médecine). — *Juges suppléants :* MM. Brouardel, Laboulbène, Peter, Parrot.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants consignataires pour l'épreuve seulement des premiers et deuxième examens de doctorat (ancien régime) et des deuxième et troisième examens de doctorat (nouveau régime) sont priés de vouloir bien en faire la déclaration au secrétariat en réclamant le bulletin de versement. Ils éviteront ainsi des retards ou des erreurs dans les convocations.

Avis. — MM. les étudiants inscrits pour subir leurs examens, seront placés en série dans l'ordre de leur inscription à la Faculté (numéro d'ordre du bulletin de versement). Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou retardé, devront en adresser la demande par écrit à M. le Doyen. MM. les candidats seront mis en séries trois semaines au plus ou quinze jours au moins après le jour de leur inscription à la Faculté. Ce laps de temps est nécessaire pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer et distribuer.

Hôpitaux de Lyon. — Concours. — Le lundi 5 mars 1883, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon.

Les médecins des hôpitaux restent en fonctions pendant dix-huit ans, à partir du moment où ils sont chargés d'un service autre que celui de médecin suppléant.

Le traitement annuel des médecins des hôpitaux est fixé à deux mille francs.

Un comble de cumul. — On pouvait voir dernièrement le placard suivant, en guise d'enseigne manuscrite, dans l'un des quartiers de Lyon; nous en respectons le style et l'orthographe.

« L'allée du chirurgien médecin dentiste pharmacien hygiéniste et chimiste et (*sic*) actuellement numéro 17 maison des quinze colonnes d'un agréable et simple style qui fait l'honneur de l'auteur construite l'année 1881.

« Le praticien sans luxe chez lui et sur lui (*sic*) a exercé pendant 30 ans dans les hôpitaux civils de Lyon avec des chefs de service les plus érudits en chirurgie et en médecine de 1837 à 1866 Hôtel-Dieu, Croix-Rousse. » — (*Lyon médical.*)

Expédition dans l'Afrique centrale et occidentale. — L'expédition de M. le docteur Bayol, en formation à Bordeaux, a pour but essentiel de fonder une colonie française à proximité de Cimba, capitale du Foutah-Djallon (Sénégambie), et de relier notre petite colonie d'Assinie à nos possessions du Sénégal.

Cette riche et féconde région, située par 10° 25 de latitude nord et 12° 54 de longitude ouest, est un vaste plateau élevé et admirablement fertile, qui domine les sources du Niger, du Sénégal, de la Gambie, et qui vient se joindre à nos possessions sénégalaises et au Soudan.

Le Foutah-Djallon comprend cette partie de l'Afrique bornée au Nord par la Gambie, au Sud par la Mellacerée, à l'Est par le Niger, et qui vient se terminer à l'Ouest, non loin du littoral de l'Atlantique, où est située Botlé, poste français, sur le Rio-Nunez.

Une ligne de chemin de fer de l'Atlantique au Niger, par Timbo, va être prochainement mise à l'étude ; elle aura environ 600 kilomètres de longueur, traversera des pays tempérés, très sains, arrosés par de nombreux cours d'eau, et dont la température est la même que celle de la France, moins cependant les froids de l'hiver.

Cette nouvelle expédition continuera l'entreprise de M. Aimé Olivier, vicomte de Sanderwal, en poursuivant le but, qui est aussi celui de M. le docteur Bayol, de donner de l'extension à notre commerce et à notre industrie, en leur ouvrant de nouveaux débouchés; attirant vers nos comptoirs de la côte, du haut Sénégal et des rivières du Sud les produits de l'intérieur du Soudan, tout en faisant rayonner notre prestige et notre influence civilisatrice dans ces fertiles contrées de l'Afrique centrale et occidentale.

— Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital Rothschild. S'adresser au directeur de l'établissement, tous les jours, de 8 heures à midi.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les *maladies des voies urinaires*, le lundi 20 novembre, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA VALEUR DES RESPIRATIONS ANOMALES DANS LE DIAGNOSTIC DU DÉBUT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 9 juin 1882 (1),

Par M. le Dr J. GRANCHER, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

Cela posé, des trois respirations anormales dont je désire étudier la valeur diagnostique au début de la tuberculose commune à marche lente, qui est la seule dont je m'occupe, l'*inspiration rude et basse* a une importance prépondérante.

L'inspiration rude est caractérisée, comme le disait Andral, par ce fait que le murmure vésiculaire a perdu son moelleux et sa douceur accoutumés. Ce n'est là qu'une différence de sensations, mais on arrive à la percevoir très bien, si l'on a le soin de n'ausculter que l'inspiration, en faisant abstraction du bruit de l'expiration, et si surtout on compare l'une à l'autre les deux régions homologues du poumon.

J'ajoute qu'une fois que l'attention est fixée sur ces modifications respiratoires, on les perçoit ensuite très facilement. Ce sont des sensations auxquelles il faut s'habituer, et qui deviennent peu à peu d'une perception aussi aisée que l'est celle de n'importe quel autre bruit morbide.

A mesure que les lésions pulmonaires font des progrès, la dureté de l'inspiration s'accentue, et passe par les divers degrés qui ont été désignés par M. Woillez sous les noms de : *respiration granuleuse*, *rude et râpeuse*.

En même temps qu'elle est *rude*, l'inspiration est ordinairement *grave* et d'une

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 14 novembre.

FEUILLETON

HISTOIRE DE GALIEN,

SA VIE, SON SYSTÈME MÉDICAL, SES ŒUVRES ; SON DERNIER TRADUCTEUR CHARLES DAREMBERG.

En reprenant aujourd'hui le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, je tiens, suivant la promesse que je vous ai faite l'année dernière, à vous renseigner tout d'abord sur le programme de l'enseignement que vous y trouverez.

L'*Histoire des maladies populaires de la France* m'a déjà permis de vous exposer une partie des doctrines médicales et des systèmes qui se sont succédés jusqu'à notre époque. Cette étude attrayante et instructive est loin d'être terminée, et j'espère, en la poursuivant, ajouter vos connaissances médico-chirurgicales. Vous apprendrez de quelle manière les médecins des divers âges ont considéré, compris et décrit les maladies de notre pays, et quelles ressources thérapeutiques ils ont employées contre elles, en vue des idées dominantes. Je comparerai le passé avec le présent.

Ceci bien convenu, j'aborde le sujet spécial de notre première leçon. Que de fois vous m'avez entendu parler de Galien et de son système médical ! Il n'est pas de semaine pendant laquelle le nom et les opinions du médecin de Pergame ne se soient présentés et n'aient fixé votre attention. J'ai pensé qu'un aperçu de la vie si remplie de Galien, un résumé de son œuvre considérable, ainsi que du système galénique, vous seraient utiles pour coordonner ce que je n'ai pu vous dire que partiellement.

Mais la tâche est ardue. Galien, souvent opposé à Hippocrate (vous connaissez le dicton populaire : Hippocrate dit oui, Galien dit non), a été longtemps regardé comme un oracle,

tonalité inférieure à la tonalité normale. C'est un point qui me paraît n'avoir attiré l'attention de personne, et qui cependant a une assez grande importance.

D'après le docteur Prat (*Physiol. de l'audition*, *Gaz. méd.*, 1869) « l'inspiration, dans l'état physiologique, donne le *ré* de la troisième corde que l'archet fait vibrer à vide, et l'expiration donne l'*ut* au-dessous de ce *ré*. » Eh bien, lorsque l'inspiration cesse d'être moelleuse pour prendre les caractères de la respiration rude, sa tonalité s'abaisse au point que l'inspiration et l'expiration finissent par donner la même note. C'est encore là une sensation à laquelle il faut s'habituer et pour laquelle il n'est nullement besoin d'être doué d'une oreille musicale. Je dirai même que cette sensation est souvent d'une perception plus facile que la rudesse proprement dite.

Quelle est la signification véritable de cette respiration rude et basse? Tout le monde s'accorde à reconnaître qu'elle est très souvent liée à l'existence de granulations tuberculeuses; mais ne peut-elle pas se rencontrer dans d'autres états pathologiques du poumon ou de la plèvre?

En ce qui concerne la plèvre, je crois qu'il convient de l'éliminer tout de suite, car personne n'a jamais soutenu qu'une inflammation pleurale pût déterminer la respiration rude; mais il est certain, en revanche, que celle-ci est souvent en rapport, soit avec une congestion pulmonaire, soit avec un état sub-inflammatoire des petites bronches, avec ou sans tubercules concomitants : j'ai fait, pour ma part, plusieurs autopsies qui m'en ont fourni la démonstration aussi complète que possible.

L'inspiration rude n'est donc pas par elle-même un signe suffisant de tuberculose; il faut, pour qu'elle ait sa valeur de définition, qu'elle se produise dans certaines conditions; ces conditions sont au nombre de deux : l'inspiration rude doit être *permanente* et elle doit être *localisée*.

Elle doit être *permanente*, c'est-à-dire que ni les secousses de la toux, ni le temps ne la modifieront.

Elle doit être localisée : il va de soi, en effet, que, si l'inspiration est rude partout, de la base au sommet, à droite et à gauche, l'idée de la tuberculose ne se présentera même pas à l'esprit, sauf le cas de granulie pour le diagnostic duquel les symptômes généraux et fonctionnels priment en importance les signes physiques; et on pensera soit à une bronchite diffuse, soit à une congestion pulmonaire généralisée.

Si, au contraire, l'inspiration rude est localisée au sommet, et particulièrement

---

puis dédaigné comme une fausse idole. Sachez-le bien, Galien a pesé sur la médecine et presque exclusivement pendant plus de quatorze siècles. Un pareil homme a droit à vos méditations. Il convient donc de rechercher les mérites incontestables de Galien et le concours de circonstances qui a pu lui donner une omnipotence pareille. Je vais tâcher d'esquisser avec vérité les lignes principales de cette grande grande figure médicale. La matière est abondante ; le difficile pour moi sera d'être clair et surtout d'être court.

Examinons successivement la vie de Galien, son œuvre, son influence. J'ai fait placer sous vos yeux de vraies richesses bibliographiques : les spécimens rares des livres galéniques, ainsi que les éditions des œuvres complètes, grecques, latines, gréco-latines et françaises.

I

VIE DE GALIEN.

Voyez sur cette carte Pergame, ville située près des côtes de la Mysie, dans l'Asie mineure actuelle : c'est la patrie de Galien. Pergame avait un temple d'Esculape, ses murs étaient baignés à l'orient par le Caïque qui se jette dans la mer Egée, au voisinage d'une île, la célèbre Lesbos. Vous savez que les rois de Pergame avaient formé une bibliothèque comparable à celle d'Alexandrie d'Egypte : Plutarque nous apprend qu'elle contenait deux cent mille volumes. C'est à Pergame et pour remplacer le papyrus, dont les Égyptiens empêchaient la sortie, qu'on prépara le parchemin, nommé par les Latins : *membrana pergamea*. La population de Pergame, au dire de Galien, était de 80,000 citoyens, tant hommes que femmes et enfants, plus 40,000 esclaves.

Nicon, sénateur de Pergame, riche et fort érudit, était le père de Galien; il nomma son fils

au sommet gauche qui est, d'après mes observations, le siège d'élection de la tuberculose commune au début : si surtout on la retrouve dans plusieurs explorations successives, et si elle persiste ainsi pendant des semaines ou des mois, que peut-elle signifier? Une bronchite chronique ou une congestion pulmonaire localisée au sommet? De là à la tuberculose il n'y a que la distance de l'effet à la cause; et, de fait, lorsque ces deux conditions de localisation et de fixité sont réalisées, le diagnostic de tuberculose s'impose à l'esprit.

Il est bien entendu d'ailleurs que l'étude des phénomènes rationnels et des symptômes généraux qui accompagnent le plus souvent l'apparition de ces signes physiques ne saurait être négligé; mais je crois que, tout en tenant grand compte de ces symptômes, il faut s'en servir seulement pour aider au diagnostic.

Presque toujours, en effet, les malades toussent un peu, ils ont des douleurs thoraciques vagues, ils se fatiguent plus facilement qu'autrefois, leur appétit est diminué. Les femmes sont anémiées, elles ont des pertes plus ou moins abondantes, ou au contraire voient leurs règles se supprimer; bref, on observe toute une série de symptômes qui n'ont pas par eux-mêmes une bien grande signification, mais dont l'importance s'accroît quand apparaît le moindre signe physique. Pour ma part, quand chez un malade de ce genre je constate une certaine rudesse de l'inspiration localisée à un sommet et permanente, je n'hésite pas à affirmer le diagnostic de tuberculose, et à conformer ma conduite à ce diagnostic.

Que risque-t-on à agir de la sorte? Etant donné que la thérapeutique de la tuberculose à ce degré n'est autre que la pratique d'une hygiène excellente, l'erreur de diagnostic, si elle était possible dans les conditions que j'ai déterminées, serait loin d'être préjudiciable au malade, puisque le traitement qu'on lui ferait suivre aurait en tout cas pour effet de rétablir rapidement sa santé.

Je pourrais citer de nombreux exemples tirés de ma pratique d'hôpital ou de ma clientèle. Combien de fois, par exemple, ne m'est-il pas arrivé de rectifier dans mon service le diagnostic de chloro-anémie qui avait été porté par les élèves? Pour les raisons que j'ai dites, j'affirmais l'existence de la tuberculose, et quelques mois plus tard, les malades revenaient dans la salle avec des hémoptysies, et présentant tous les signes de la phthisie confirmée.

La chose est plus facile à constater en ville, parce que l'on y peut suivre plus longtemps les malades. J'en ai vu un certain nombre chez lesquels le fait d'une respiration rude au sommet du poumon m'a suffi pour établir le diagnostic de tuber-

---

Γαληνός, qui veut dire : calme, doux. Nicon, d'un naturel paisible, voyant sans trouble les peines et les revers, frugal, à la fois philosophe, mathématicien et architecte, connaissait à fond tous les dialectes de la langue grecque. Nous ne savons pas si Galien était resté fils unique, mais sa mère, colère, emportée, rappelait, par son humeur acariâtre, Xantippe femme de Socrate.

Hippocrate ne s'est pas mentionné dans ses ouvrages et sa biographie est nécessairement incomplète; il n'en est pas de même de Galien. Un ancien professeur de cette faculté, et un de mes prédécesseurs dans la chaire d'histoire de la médecine en 1795, Jean Goulin, a suivi Galien pas à pas, pour ainsi dire, en recherchant les mentions consignées dans les livres galéniques. Avec une patience à toute épreuve, Goulin a noté les passages où Galien a parlé de ses parents, de ses voyages, de ses succès, des circonstances diverses de sa carrière. Nous avons donc sur Galien des données non douteuses, authentiques, et que je vais résumer.

Labbe et Daniel Leclerc ont placé en l'année 131 de notre ère, la naissance de Galien, mais Goulin démontre qu'il est né l'an 128, à la fin du mois d'août ou au commencement de septembre.

Galien eut son père pour précepteur ; puis, à l'âge de quinze ans, il commença à suivre les leçons des philosophes de Pergame sur les systèmes des stoïciens, de Platon, d'Aristote et d'Epicure. Un songe de son père le décida pour l'étude spéciale de la médecine, à laquelle il associa la philosophie. Son premier maître fut Satyrus, disciple de Quintus, qui venait de mourir. En 146, Galien perdit son père : il avait alors dix-huit ans ; il n'était pas sorti de sa ville natale, il suivit encore les leçons des médecins de Pergame. Peu après, il eut pour second maître Pelops, qui était de Smyrme, ville peu éloignée de Pergame, et à vingt ans, séjournant à Smyrne, Galien y composa trois petit traités.

culose. Sous l'influence du traitement auquel je les soumets, l'état général se remonte rapidement et la maladie est enrayée. Quant aux signes physiques ils ne se modifient qu'avec une grande lenteur. Il est des malades chez lesquels la respiration est redevenue normale; mais ce résultat n'a été acquis qu'après un temps très long.

D'autre part, j'ai été souvent consulté par des personnes chez lesquelles l'auscultation avait été pratiquée quelques mois auparavant par les médecins les plus instruits et les plus attentifs; les signes qu'ils avaient constatés ne leur avaient pas paru suffisants pour diagnostiquer la tuberculose, et quand ces malades venaient me trouver, ils présentaient au sommet des craquements et de la submatité.

Il suffit d'avoir vu quelques faits de ce genre pour être convaincu qu'il n'y a pas, en auscultation, de signe qui soit à dédaigner, et pour affirmer que la moindre altération du murmure vésiculaire impose le diagnostic de tuberculose, pourvu qu'elle soit circonscrite au sommet, et qu'elle y présente une grande fixité.

Ceux de mes confrères ou de mes maîtres qui pensent que la respiration saccadée a une grande valeur dans le diagnostic de la tuberculose me trouveront tout à fait de leur opinion, et je pourrais répéter à propos de ce signe physique ce que je viens de dire de la respiration rude. Cependant elle est moins fréquente et moins précoce que cette dernière, et elle a, en conséquence, une importance moindre.

D'autre part, sa pathogénie est bien plus complexe que celle de la respiration rude, d'où il suit que les chances d'erreur auxquelles elle expose sont plus nombreuses. Très souvent les saccades respiratoires sont liées, ainsi que l'a démontré M. Potain, aux battements cardiaques; très fréquemment aussi elles sont réalisées par les altérations propres de la plèvre, et ce serait même là, d'après les recherches de M. Colin, le cas le plus commun.

Je n'ignore pas la relation de cause à effet qui existe entre la tuberculose et la pleurésie du sommet, mais il est peut-être plus fréquent de rencontrer des pleurésies simples du sommet que des bronchites localisées à cette partie du poumon, sans tubercules.

Je répète d'ailleurs que je ne conteste pas la valeur de la respiration saccadée; les observations de M. Bourgade (de Clermont-Ferrand) démontrent d'une façon irréfutable que, dans certaines circonstances, ce signe physique ne peut-être expliqué que par l'existence de granulations tuberculeuses. Ce que je tiens à établir, c'est qu'elle

---

Déjà instruit, possesseur d'une fortune qui lui permettait de fournir à tous ses besoins, Galien était en état de voyager avec fruit. Dans sa vingt-troisième année, il se rendit à Corinthe pour écouter les leçons de Numesianus, le plus célèbre des disciples de Quintus. Après avoir visité Lemnos et la Palestine, il gagne Alexandrie, où il reste pendant quatre ans et profite des leçons de Stratonicus, de Sabinus, de Lucius; il acquiert des connaissances approfondies en anatomie.

De retour à Pergame, après avoir observé le plus possible, dans les contrées placées sur sa route, et à l'âge de 28 ans, Galien exerça la médecine et surtout la chirurgie, car il fut chargé par le pontife de traiter les blessures des monomaques ou gladiateurs. Son succès fut complet, cinq pontifes lui donnèrent successivement le même emploi pendant environ cinq ans.

Une sédition s'étant produite dans sa patrie, Galien, au printemps de 161, se rend à Rome et y arrive au commencement du règne de Marc-Aurèle; il avait 33 ans. Ses débuts à Rome firent du bruit et, en effet, préparé par quinze années d'études sous les maîtres les plus habiles de son temps, possédant des connaissances remarquables en anatomie, ayant exercé avec succès l'art médico-chirurgical, Galien était merveilleusement préparé. De plus, la dialectique n'avait pour lui aucun secret; sa facilité pour parler ou pour écrire était surprenante; son érudition était servie par une prodigieuse mémoire. Tant de talents naturels et acquis sont bien rarement réunis chez le même homme : ils devaient donner à Galien une réelle supériorité.

Plusieurs biographes ont vanté les mœurs douces et le désintéressement de Galien; il tenait de son père de grands biens et des principes d'une philosophie élevée. Observez qu'il n'avait pas besoin de courir après la fortune; ses goûts paraissent avoir été simples; toutefois il avait reçu de sa mère l'humeur batailleuse, le caractère violent, emporté, sans mesure, quand il fallait combattre un adversaire qu'il traitait en ennemi.

a une signification moindre que la respiration rude, et aussi qu'elle est moins précoce. Il m'est arrivé plusieurs fois de constater la respiration saccadée chez des malades dont j'avais depuis longtemps déjà diagnostiqué la tuberculose, par la rudesse de la respiration.

Les mêmes observations peuvent s'appliquer *a fortiori* à la respiration faible, car celle-ci est encore plus tardive dans son apparition que la respiration saccadée; lorsqu'on la constate chez un malade, le moment n'est pas éloigné où apparaîtront les craquements secs et la submatité. Son importance comme élément de diagnostic est donc considérable; mais du point de vue où je me place, elle offre un moindre intérêt que les autres respirations anomales, parce qu'elle indique déjà l'existence de lésions assez avancées.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer ici que mes réflexions sur la respiration faible ne s'appliquent qu'à la tuberculose *commune à évolution chronique;* car, dans d'autres formes de tuberculose, il faudrait, pour être dans le vrai, retourner la proposition. Dans les formes pleurétiques ou pneumoniques, par exemple, la respiration affaiblie est souvent le premier type de respiration anomale que l'on observe au sommet du poumon.

CONCLUSIONS. — Vu la nécessité de faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire le plus tôt possible, il faut attacher aux respirations anomales une valeur plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Quand elles sont *localisées* à un sommet, surtout au sommet gauche, et *permanentes*, ces respirations anomales ne permettent pas seulement de faire le diagnotic, elles l'imposent, à elles seules, et sans aucune modification du son, ni des vibrations vocales, sans aucun signe adventif, craquement, etc.

Ces respirations anomales sont par ordre d'importance : l'inspiration *rude* et *basse*, la respiration *saccadée* et la respiration *affaiblie. L'inspiration rude et basse est celle qui a la plus grande valeur, parce qu'elle est la plus précoce et la plus fréquente.*

Ces conclusions ne sont pas applicables aux malades qui ont souffert antérieurement d'une pleurésie généralisée, d'une pneumonie ou de toute autre maladie grave de la plèvre ou du poumon.

Elles ont au contraire le maximum de leur valeur chez les jeunes gens et les jeunes filles suspects, pour quelque raison que ce soit, d'un processus tuberculeux.

Galien, doué d'un talent hors ligne, fit des cours publics; il eût bientôt des envieux nombreux et puissants; il en triompha par la force ou par la souplesse. L'envie fut sinon désarmée, du moins réduite au silence, à la suite d'une polémique soit violente, soit subtile. Après avoir étonné ses rivaux par la justesse de ses pronostics, tout ce qu'il y avait à Rome de plus éminent et de plus savant s'était intéressé à Galien. Il eut pour amis Sergius Paulus, préteur ; Barbarus, parent de l'empereur Lucius Verus; Boethus, qui devint gouverneur de la Palestine, et dont il guérit en peu de jours la femme, atteinte d'une leucorrhée opiniâtre; Septime Sévère, alors consul; Eudème, philosophe péripatéticien, qu'il débarrassa d'une fièvre quarte.

Il n'est pas douteux que pendant ce premier séjour, Galien n'ait écrit plusieurs livres. Il demeura quatre ou cinq ans à Rome, où, à l'age de 35 ans, il eut une luxation de l'épaule, dans une palestre.

En 166, pendant que la peste dévastait Rome, Galien exécuta le projet qu'il avait formé de quitter la ville. « Je partis, dit-il, pour retourner dans ma patrie, étant âgé de 37 ans accomplis. » Prêt à s'éloigner et craignant d'être retenu, il demande à ses amis de n'en rien dire à Marc-Aurèle. Peu de temps après, Lucius Verus, vainqueur de Vologèse, chef des Parthes, étant revenu à Rome et une attaque étant décidée contre les Germains, les amis de Galien parlèrent alors de lui aux deux empereurs.

Grâce à Goulin, nous pouvons suivre la route de Galien par la Campanie, Capoue, Brindes. Il s'embarque, et, après deux jours de navigation, il aborde à Casiope, en Épire. A Corinthe, avec un compagnon de route et dans un véhicule de louage, il passe par Mégare, Éleusis et Athènes. Il arrive enfin à Pergame où il se repose avec ses amis et d'où il fait des excursions nombreuses.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

SOMMAIRE. — Observation de perforation d'artère et d'hémorrhagie consécutive dans un abcès phlegmoneux aigu de la main. — Communication sur les moyens de prévenir certains accidents graves consécutifs à l'amputation du corps du maxillaire inferieur. — Présentations de deux malades atteints de *genu valgum* traité par l'ostéotomie ; — d'un malade opéré d'une tumeur myéloïde de la mâchoire inférieure ; — d'un malade opéré d'un anévrysme de l'artère fémorale par la ligature de l'artère iliaque externe. — Présentation de pièce pathologique : Cancer du sein opéré sans hémorrhagie par le thermo-cautère Paquelin. — Élection de membre honoraire.

M. MONOD communique, au nom de M. le docteur Bertin, de Gray (Haute-Saône), une observation de perforation artérielle dans un abcès phlegmoneux aigu de la main. Cette observation lui semble venir à l'appui de l'opinion qu'il a émise au sujet de la possibilité de la perforation des artères dans les abcès ou phlegmons aigus.

Le sujet de cette observation est une femme de 35 ans, enceinte de trois mois, qui s'était piquée au talon de la main avec une aiguille. Il s'ensuivit un phlegmon de la main et de l'avant-bras qui s'ouvrit sur trois points. Quinze jours après, survint tout à coup une hémorrhagie extrêmement abondante qui inonda de sang la malade, le lit et même le parquet de la chambre ; hémorrhagie certainement artérielle, car le sang était projeté au loin sous forme de jet rutilant et saccadé.

Se trouvant seul, dans une habitation isolée en pleine campagne, au milieu d'une famille affolée, M. Bertin ne crut pas devoir s'occuper de rechercher les deux bouts de l'artère afin de les lier ; il pratiqua immédiatement la ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt d'une manière complète ; la plaie se cicatrisa rapidement, la grossesse suivit son cours régulier et se termina par la naissance d'un enfant bien portant.

On peut se demander quelle a été l'artère blessée ; vu le siège de la blessure, on ne peut guère penser qu'à l'artère radiale ou à l'une de ses branches ; mais quelle a été la cause de l'hémorrhagie ? M. Bertin croit qu'il y a lieu d'accuser l'état de grossesse dans lequel se trouvait la malade au moment de l'accident. Mais M. Monod croit plutôt qu'il s'est agi là d'une hémorrhagie de cause locale.

Quoi qu'il en soit, comme on a contesté, dans la dernière séance, la possibilité des ulcérations et des perforations artérielles dans les phlegmons aigus, il a paru à M. Monod que cette possibilité était démontrée par l'observation intéressante de M. Bertin. Cette observation offre une grande analogie avec celle de Demarquay qui a été citée dans la discussion.

On a fait beaucoup voyager Galien avant de se rendre à Rome. Je suis d'avis que c'est surtout après avoir quitté pour la première fois cette ville, en 166, et après son retour à Pergame, qu'il a visité tour à tour Chypre, l'île de Crète, la Célésyrie, etc.

Pendant que Galien était à Pergame, les deux empereurs Marc-Aurèle et Lucius Verus avaient quitté Rome et s'étaient établis à Aquilée, pour la guerre de Germanie ; de là, ils dépêchèrent un courrier à Galien pour le faire venir auprès d'eux. La peste décimant cette partie de l'empire, les empereurs s'éloignèrent d'Aquilée. Lucius Verus fut frappé d'apoplexie pendant la route, et, après avoir été saigné, mourut le troisième jour, au fort de l'hiver, dit Galien, en 169 et peut-être en janvier 170. Galien rentre à Rome trois ans et demi après en être sorti ; il y reste malgré le désir de Marc-Aurèle, qui veut l'emmener à l'armée avec lui. Mais Galien invoque un songe où Esculape lui a défendu de quitter Rome. Je dois vous faire remarquer l'importance attribuée aux songes dans l'antiquité. Marc-Aurèle n'insiste pas et confie à Galien ses deux fils Commodus et Sextus.

Galien compose alors ses principaux ouvrages ; il partage son temps entre le soin des malades et ses livres. Il y retrace la physionomie des médecins de Rome, divisés en sectes nombreuses. Il combat avec tous, il les écrase sous les coups d'une lutte acharnée, enfin il établit un système médical bien à lui.

Je dois placer ici un trait de mœurs romaines en vous parlant de Commode, alors âgé de 13 ans, et l'un des fils de l'empereur Marc-Aurèle. Galien lui avait prescrit le bain parce qu'au retour du gymnase il s'était senti malade. Commode ayant trouvé le bain trop chaud à son gré, fit jeter dans la fournaise des bains l'esclave qui avait fait chauffer l'eau.

Je pourrais vous raconter présentement plusieurs cures de Galien, je les réserve pour plus tard, quand je vous montrerai Galien anatomiste, physiologiste et pathologiste. Je veux noter

M. Desprès n'a pas contesté la possibilité de l'ulcération et de l'ouverture des artères dans les foyers purulents aigus ; il a dit seulement que cet accident était extrêmement rare et qu'il n'y en avait, jusqu'à présent, dans la science, que deux ou trois exemples bien authentiques. L'observation de M. Bertin ne lui paraît pas suffisamment probante, et l'on n'est pas en droit de dire, d'après les détails donnés par l'auteur, que l'hémorrhagie a été déterminée par l'ouverture de l'artère dans le foyer purulent.

M. Monod reconnaît que le fait en lui-même n'entraîne pas la certitude absolue, mais si l'on rapproche l'observation de M. Bertin de celles qui ont été déjà publiées, et surtout du fait de Demarquay, l'opinion exprimée par l'auteur et que M. Monod partage, pour son compte, acquiert un degré de plus de probabilité, sans détruire toutefois les justes réserves de M. Desprès.

— M. Desprès fait une communication sur une amputation du corps de la mâchoire inférieure qu'il a récemment pratiquée. Cette opération lui semble plus grave que les autres opérations que l'on pratique sur la face et se complique parfois d'accidents graves, mis généralement sur le compte de l'opération. Parmi ces accidents, il faut placer en première ligne le refoulement ou la chute de la langue sur l'orifice supérieur du larynx et du pharynx, principal objet de préoccupation pour les chirurgiens, et, en second lieu, l'inanition des malades par suite de la difficulté de les alimenter après l'opération. Cette difficulté devient parfois tellement considérable que M. Desprès a eu, il y a quelques années, le malheur de perdre un malade qui, en dépit de tous les moyens et de toutes les précautions, est mort littéralement de faim, le quatorzième jour de l'opération.

Depuis lors, M. Desprès n'a cessé de se préoccuper des moyens de se mettre en garde d'une part contre l'accident de la chute de la langue, et, d'autre part, contre le danger de l'inanition par défaut d'alimentation. Il croit devoir communiquer à ses collègues les résultats d'une récente expérience à ce sujet.

Il a opéré dernièrement à l'hôpital de la Charité une femme atteinte de tumeur à myéloplaxes de la mâchoire inférieure, tumeur qui occupait la plus grande partie du corps de l'os et avait des prolongements dans le plancher de la bouche, si bien qu'il a fallu enlever non-seulement la portion de l'os envahie par le mal, mais encore les parties saines du corps de la mâchoire et tout le plancher de la bouche. L'opération s'est accomplie sans accidents.

Pour empêcher le renversement de la langue, M. Desprès a pris un fil de fer ordinaire de moyen calibre ayant environ le volume d'une sonde cannelée, et recouverte d'une enveloppe de caoutchouc afin qu'il ne fût pas attaqué par la salive. Ce fil de fer, épointé aux deux bouts, a été implanté dans les deux branches montantes de la mâchoire, afin de les maintenir ainsi écartées l'une de l'autre. A ce fil fut rattaché un autre fil qui traversait la base de la angue.

La plaie fut réunie par plusieurs points de suture. Le fil métallique qui tenait écartées les

---

cependant qu'il guérit Marc-Aurèle, revenant de la guerre de Germanie et atteint d'un dérangement d'estomac causé par l'usage d'aliments froids et grossiers. Il donna le vin additionné de poivre et prescrivit les frictions d'huile de nard. Il prépara maintes fois de la thériaque pour Marc-Aurèle.

Galien avait 52 ans, quand arriva la mort de Marc-Aurèle Antonin. Il resta sûrement à Rome après la perte de son protecteur et ami, sous les règnes de Commode, de Pertinax et de Septime-Sevère ; mais, après l'an 193, première année de l'empire de Sévère, on ne trouve plus de renseignements précis dans les Livres galéniques.

Tout porte à croire que Galien retourna dans sa patrie et qu'il finit ses jours à Pergame, à l'âge de 70 ans. Certains historiens ont prétendu qu'il mourut à Rome et qu'il y vivait encore sous Caracalla ; d'autres l'ont fait périr dans une traversée de Rome à Pergame. Cœlius Rhodiginus, par une erreur manifeste, a prolongé la vie de Galien jusqu'à l'âge de 140 ans. Nous avons vu les admirateurs d'Hippocrate agir de même pour le vieillard de Cos.

J'ai cherché à faire revivre Galien, et j'ai pu y parvenir en grande partie avec l'aide des Livres galéniques scrutés par Goulin, et qui offrent un vrai luxe de renseignements biographiques. Rien de pareil n'existe pour Celse, pour Cælius-Aurelianus et pour beaucoup d'autres anciens auteurs grecs ou latins. Je tiens à vous le faire remarquer.

La collection si considérable des Livres galéniques a été commencée de bonne heure. A 20 ans, Galien avait déjà fait trois petits traités ; à 34 ans, à Rome, luttant avec les philosophes et les médecins, il composait pour Boethus le traité célèbre *De l'utilité des parties du corps*. Revenu dans la métropole, Galien, dominant ses rivaux, donnait sa *Méthode thérapeutique*, et il établissait avec un art infini, dans divers livres, son système médical.

Quelle idée peut-on avoir du courage civil et militaire de Galien? Plusieurs l'ont accusé de

deux branches montantes du maxillaire intérieur avait pénétré profondément dans la substance spongieuse et déterminé une douleur assez vive. Le soir, la malade n'avait pu rien avaler, pas même sa salive qui s'échappait hors de la bouche sous la forme de deux rigoles de liquide. M. Desprès eut alors l'idée de nourrir la malade en lui injectant des liquides alimentaires à travers une sonde introduite dans l'une des narines.

M. Desprès rejette la sonde œsophagienne qui est, dit-il, très pénible pour les malades. Il s'est servi d'une sonde d'homme du n° 16 de la filière Charrière, ayant 24 ou 25 centimètres de long que l'on introduit par l'une des narines jusqu'à une certaine distance dans le conduit œsophagien, en se gardant bien de la faire pénétrer jusque dans l'estomac, et en laissant au dehors une longeur d'environ 5 ou 6 centimètres.

M. Desprès a ainsi alimenté sa malade pendant les premiers jours, et, à partir du huitième jour, elle a réussi à s'alimenter elle-même à l'aide d'une poire en caoutchouc, facile à manœuvrer avec la main, qui puisait par aspiration le liquide alimentaire et l'injectait ensuite par refoulement à travers la sonde. La malade prenait ainsi tous les jours environ un litre de bouillon et même de tapioca très clair et une bouteille de vin.

Grâce à la double précaution de maintenir écartées les deux branches montantes du maxillaire à l'aide du fil de fer, et d'alimenter convenablement la malade, la guérison s'est effectuée avec une très grande rapidité; il y a eu réunion par première intention de la plaie de la face; la température générale était revenue, au seizième jour, à l'état normal.

M. Desprès croit devoir attribuer les bons résultats qu'il a obtenus aux précautions qu'il a prises : d'une part, d'empêcher la chute de la langue sur l'orifice supérieur du larynx et du pharynx; d'autre part, de rendre possible l'alimentation à l'aide de l'artifice de la sonde uréthrale introduite dans le nez.

Au moment où il a fallu retirer le fil de fer qui tenait écartées les branches montantes du maxillaire inférieur, M. Desprès a éprouvé une certaine difficulté due au gonflement inflammatoire des tissus qui, du reste, a suffi pour maintenir l'écartement d'une manière convenable et a permis de retirer le fil dès le quatrième jour. La malade se plaignait, en effet, assez vivement de la présence de ce fil dont le contact et la pression irritaient le nerf dentaire inférieur.

Aujourd'hui la malade est complètement guérie.

M. Berger a essayé la sonde œsophagienne, introduite par les narines, chez des malades qui devaient subir l'amputation de la langue ou la résection de la mâchoire. Chez l'un il s'est produit, dès le troisième ou quatrième jour, une pharyngite très intense qui a forcé M. Berger à renoncer à l'opération; chez un autre malade la sonde n'a pas pu être supportée. Ces deux tentatives infructueuses l'ont un peu découragé. D'ailleurs, dans les résections qu'il a eu l'occasion de pratiquer, M. Berger n'a pas remarqué que les difficultés de la déglutition fussent assez grandes pour obliger d'avoir recours à la sonde œsophagienne.

---

lâcheté, disant qu'il a fui devant la peste. D'autres ont insinué qu'il a craint les fatigues et les dangers de la guerre, en refusant à Marc-Aurèle de l'accompagner et en invoquant un songe dans lequel Esculape lui aurait défendu de quitter Rome.

Il est certain que Galien s'échappa de Rome au temps de la grande peste venue de l'Ethiopie, d'où elle s'était répandue dans le pays des Parthes et infectait l'armée de Verus. Je vous ai déjà parlé de cette peste quand je vous ai fait l'histoire des pandémies et des pestes antiques, de la peste de Thucydide, de la peste de Gallus, de la peste Antonine. Galien a-t-il manqué réellement de courage? Sans vouloir affirmer le contraire ni me porter garant du courage civique et militaire de Galien, je dois dire que les médecins anciens et même relativement modernes, que Sydenham en particulier, ne considéraient pas le devoir médical comme nous le comprenons. Le milieu épidémique est notre champ de bataille qui n'est jamais déserté. Sydenham s'est jadis éloigné de Londres, ravagé par la peste.

De plus Galien, que n'attachaient à Rome ni sa nationalité propre, ni les charges d'une magistrature, avait eu avec Eudème un entretien sérieux qui mérite d'être rapporté. Un an avant le départ, Eudème, philosophe péripatéticien, avait prévenu Galien pour l'avertir de la redoutable jalousie des médecins qui avaient fait chasser Quintus de la ville et qui avaient fait périr par le poison un jeune médecin de talent ainsi que deux esclaves qui le servaient. Galien confie alors à Eudème que déjà il avait le projet de retourner dans sa patrie et qu'il le mettrait à exécution aussitôt que la sédition serait apaisée. Le départ de Galien était donc prémédité un an à l'avance, et il tenait à retourner à Pergame où il possédait les biens considérables de l'héritage paternel.

Le besoin de rester à Rome après son retour avec Marc-Aurèle, seul empereur, et venant rendre les derniers devoirs à Lucien Verus, me paraît facile à expliquer. Galien riche, mais

M. VERNEUIL rappelle que depuis très longtemps il emploie, dans les résections de la mâchoire et dans les amputations de la langue, des moyens analogues à ceux dont vient de parler M. Desprès.

En ce qui concerne l'alimentation des opérés, M. Verneuil a communiqué à la Société de chirurgie de nombreuses observations de malades qui ont été facilement alimentés au moyen de la simple sonde uréthrale en caoutchouc rouge, introduite dans les fosses nasales, et parfaitement bien supportée pendant 40, 50 jours et davantage. Ces observations courent la littérature médicale.

Quant à la question des moyens à prendre pour prévenir la rétrocession de la langue dans les amputations de la mâchoire, elle est agitée depuis fort longtemps. Un des amis de M. Verneuil, M. le docteur Augier, a fait, il y a vingt-cinq ans, sa thèse inaugurale sur ce sujet. Dès les premiers temps de son séjour à l'hôpital de la Pitié, M. Verneuil avait imaginé un procédé destiné à tenir à distance l'une de l'autre les branches montantes du maxillaire inférieur. Sur chaque branche il pratiquait avec un perforateur un petit trou dans lequel s'engageaient les extrémités d'un fil de fer recuit; en outre, il traversait la langue avec un gros fil en caoutchouc, qui maintenait admirablement l'organe sans gêner ses mouvements. Ces moyens ont parfaitement réussi à M. Verneuil dans bon nombre de cas. Dernièrement encore, avec l'aide de M. le docteur Kirmisson, il a pratiqué l'ablation de toute la branche horizontale de la mâchoire sur un enfant, qui a été si peu gêné par l'application du fil de fer, qu'il ne s'est même pas aperçu de la présence de ce corps étranger dans la bouche. Un mois après l'opération la guérison était complète. On peut substituer avec avantage au fil de fer un fil d'argent. M. Verneuil partage d'autant plus l'opinion de M. Desprès sur l'utilité de ces moyens que, depuis très longtemps, il en a éprouvé les bons effets.

M. MAGITOT dit qu'il existe un moyen de guérir les tumeurs à myéloplaxes de la mâchoire inférieure sans recourir à l'amputation. Dans un certain nombre de cas, il s'est servi avec succès de l'acide chromique. Dans un cas, en particulier, où la tumeur occupait toute l'étendue du corps de la mâchoire, il a réussi à détruire le mal dans sa totalité par des applications répétées d'acide chromique, faites jusqu'à la surface de l'os. M. Magitot pense donc qu'il est possible d'attaquer et de guérir les tumeurs à myéloplaxes de la mâchoire par les cautérisations au moyen de l'acide chromique, même dans les cas où il ne reste plus d'intact qu'une lamelle très mince de l'os.

M. POZZI a opéré, à l'Hôtel-Dieu, une femme qui avait une tumeur à myéloplaxes de la mâchoire inférieure; il a fallu enlever avec l'os une partie notable du plancher de la bouche. Elle garda pendant 21 jours la sonde œsophagienne à demeure. Comme elle se plaignait de douleurs épigastriques siégeant constamment dans le même point, M. Pozzi pensa qu'elles étaient dues au contact de l'extrémité de la sonde appuyant sur un point fixe de la paroi de l'estomac et il réduisit de plusieurs centimètres la longueur de la sonde. Il survint néanmoins

---

orgueilleux, tenant à être le premier médecin de la métropole, ne pouvait accomplir ses desseins à la suite d'une armée : il invoque le songe pendant lequel le dieu de la médecine lui ordonnait de ne pas s'éloigner. Le doux Marc-Aurèle, ne voulant pas obliger son médecin a faire un voyage auquel il répugnait, partit en lui laissant la charge de soigner ses deux derniers fils.

Il me semble que celui qui, à travers l'éloignement des siècles, cherche à approfondir la conduite de Galien, doit tenir compte des penchants et des mobiles que je vous ai plusieurs fois signalés. Nul doute que Galien ne soit allé à Rome pour ajouter à son savoir et de plus pour s'y faire un nom; qu'avec ses connaissances étendues et sa dialectique habile où nul ne pouvait le dépasser, il n'ait recherché le premier rang, la considération, les honneurs.

Quittant la seconde fois Pergame pour Rome, c'est-à-dire pour le plus vaste théâtre du monde, il veut combattre les médecins de toutes les sectes, il signalera la routine aveugle de la plupart d'entre eux. Et puis, l'entraînement des luttes violentes, les blessures données et reçues, exciteront au plus haut point sa faculté d'écrire et lui feront mettre au jour ses livres si nombreux. Sous la critique acerbe des travaux de ses devanciers, sous l'ingéniosité de son vaste esprit, il résumera et pliera la médecine réduite à son système. Son désir sera accompli.

(A suivre.) Professeur LABOULBÈNE

HÔPITAUX DE NANTES. — A la suite des concours annuels, ont été proclamés : 1° *internes*, MM. Bureau, Vignard, Baudoin, Grias, Peignon, Chiron et Branchu ; 2° *externes*, MM. Laine, Fortineau, Mitry, Gaboriau, Toché, Rousseau, Verlet et Joyau.

des accidents de suffocation qui obligèrent de pratiquer la trachéotomie ; la sonde fut retirée, et la malade finit par guérir.

M. Pozzi a remarqué que la dysphagie ne se rencontrait guère que dans les cas où la résection du maxillaire inférieur est accompagnée de l'ablation du plancher de la bouche. Dans ces cas seulement la sonde est indispensable, mais elle peut produire des accidents d'œsophagite et de gastrite.

M. Monod ne saurait partager l'opinion exprimée par M. Magitot sur la possibilité de guérir les tumeurs à myéloplaxes de la mâchoire inférieure par les applications d'acide chromique. Ces tumeurs, que M. Monod a parfaitement étudiées, sont en très grande majorité des sarcomes à cellules multiples et doivent être opérées, comme tous les sarcomes, par l'ablation totale de l'os. Sans doute, dans certains cas, on peut se contenter d'une opération superficielle, mais, dans beaucoup d'autres, il faut tout enlever, sous peine de récidive plus ou moins prompte et de généralisation dans les organes internes.

M. Magitot répond que l'observation de M. Monod est vraie à certains égards, mais il n'en est pas moins vrai que bon nombre de tumeurs à myéloplaxes, démontrées telles par l'examen histologique, ont été guéries radicalement et restent guéries depuis de nombreuses années : une malade opérée à Marseille, et dont la tumeur avait récidivé, a été traitée par M. Magitot au moyen de l'acide chromique et, depuis cinq ans, la guérison ne s'est pas démentie.

M. Monod pense que M. Magitot a eu affaire à des *Epulis*, qui sont, de toutes les tumeurs de la mâchoire, les plus bénignes et les plus faciles à enlever complètement avec la lamelle osseuse qui les supporte.

M. Magitot répond qu'il ne s'agissait pas, dans les cas auxquels il vient de faire allusion, de tumeurs superficielles, mais de tumeurs ayant eu, dès le début, un siège profond dans l'épaisseur même du tissu osseux.

M. Desprès partage l'avis de M. Monod sur la nature des tumeurs guéries par M. Magitot au moyen de l'acide chromique. Ce n'était pas de véritables tumeurs à myéloplaxes, mais des *Epulis* qui, dans certains cas, se développent aux dépens du périoste et paraissent être nées dans l'épaisseur même de l'os. Ces épulis peuvent végéter et pousser leurs prolongements dans l'intérieur de l'os, bien qu'elles aient eu une origine superficielle. M. Desprès en a enlevé un certain nombre, et elles n'ont pas récidivé. Il n'y a aucune analogie entre ces épulis et les véritables tumeurs à myéloplaxes. Celles-ci se développent primitivement dans l'épaisseur de l'os. A côté de l'élément anatomique constitué par les cellules géantes, on constate, au microscope, du sarcome fasciculé. Les tumeurs de ce genre exigent des opérations radicales, des ablations complètes dépassant de beaucoup les limites du mal, si l'on ne veut pas avoir de récidives.

En ce qui concerne l'emploi de la sonde chez les malades opérés de la mâchoire, M. Desprès se déclare absolument opposé à l'introduction de la sonde à demeure, car les malades ne supportent pas d'avoir la narine encombrée par la présence permanente de cet instrument. A partir du huitième jour, sa malade pouvait s'introduire elle-même la sonde dans la marine pour prendre son repas et enlevait ensuite la sonde une fois l'injection terminée. Cette pratique du cathétérisme appartient, d'ailleurs, à tout le monde et il y a longtemps qu'on a eu et que l'on a réalisé l'idée d'alimenter ainsi les aliénés. M. Desprès n'a fait qu'imiter le procédé des aliénistes en y ajoutant le petit perfectionnement qui consiste à employer pour cela une simple sonde d'homme que l'on peut mettre et ôter à chaque repas.

M. Verneuil croit avoir été le premier qui ait eu l'idée d'employer, pour maintenir écartées les branches montantes du maxillaire, le procédé très simple du fil de fer qui est à la portée de tous les chirurgiens.

Quant à la sonde œsophagienne, elle n'est pas tolérée ordinairement par les malades, ainsi que le dit fort bien M. Desprès; mais la petite sonde uréthrale en caoutchouc rouge, dont se sert M. Verneuil, est parfaitement tolérée; elle remplit parfaitement, et cela dès le premier jour, le but qu'on se propose, tandis que c'est au bout de huit jours seulement que la malade de M. Desprès a pu se servir de sa sonde.

M. Trélat dit qu'il importe de distinguer le sarcome périostal du sarcome osseux dans les tumeurs à myéloplaxes du maxillaire inférieur; il peut être vrai, dans quelques cas, de dire avec M. Magitot que les tumeurs à myéloplaxes sont susceptibles de guérir complètement par les applications d'acide chromique; mais il serait dangereux d'admettre cet énoncé dans sa généralité, car il en résulterait, dans la pratique, une confusion aussi préjudiciable aux chirurgiens qu'aux malades.

M. Trélat connaît trois cas de sarcome du volume d'une noisette à une noix qui ont été

enlevés avec succès par des opérations superficielles; mais il ne faudrait pas conclure de là qu'il est possible d'opérer ainsi toutes les tumeurs à myéloplaxes. Celles qui naissent dans l'intérieur de l'os doivent être enlevées le plus largement possible pour le bien des malades et de la chirurgie. L'acide chromique et les autres moyens de même genre doivent être uniquement appliqués à certaines tumeurs de siège superficiel et parfaitement accessibles.

En ce qui concerne l'emploi de la sonde à demeure, M. Trélat reconnaît qu'il est toléré avec une certaine difficulté par quelques malades. Dans les cas où l'opération a une grande gravité, si elle embrasse dans son cercle le plancher de la bouche et l'isthme du gosier, l'introduction de la sonde peut offrir au chirurgien des difficultés insurmontables, ainsi que cela est arrivé une fois à M. Trélat. Ce n'est pas au huitième jour, c'est dès les premiers jours que l'introduction de la sonde est particulièrement nécessaire, alors que la déglutition est rendue difficile par l'accumulation du sang, des mucosités ichoreuses et fétides, et que les parties sont raidies par la douleur et le gonflement inflammatoire. C'est dans ces cas là que la sonde à demeure à l'application de laquelle le malade aura été préparé d'avance, et, en quelque sorte, acclimaté, c'est dans ces cas, suivant M. Trélat, que la sonde à demeure rendra les plus grands services. C'est pourquoi il faut, en vue de ces nécessités, accoutumer d'avance les malades à cette application et la leur rendre tolérable par l'usage de sondes souples, comme les sondes en caoutchouc rouge dont a parlé M. Verneuil, et qui ne descendent pas jusque dans l'estomac mais dépassent seulement la fourchette sternale.

M. Lannelongue partage complètement l'opinion de ceux de ces collègues qui ont dit que les tumeurs à myéloplaxes de la mâchoire inférieure doivent être largement enlevées. Toutes les fois que l'opération a été partielle, incomplète, timide, pour ainsi dire, la récidive est fatale et ne se fait pas attendre. Leur origine n'est pas superficielle, mais profonde et a son siège dans l'épaisseur même de l'os.

A l'égard de la sonde à demeure, M. Lannelongue déclare qu'il a vu une femme atteinte de cancer de l'œsophage la supporter parfaitement pendant 256 jours. Il est vrai que d'autres malades s'en plaignent et ne la tolèrent pas. Les sondes ne dépassant pas la partie moyenne de l'œsophage sont généralement bien supportées et par la muqueuse des fosses nasales et par la muqueuse œsophagienne; M. Lannelongue n'a jamais observé les accidents signalés par M. Desprès.

M. Magitot ne voudrait pas qu'on lui attribuât des opinions qui ne sont pas les siennes. Il a dit et il soutient encore que dans certains cas de tumeur à myéloplaxes de la mâchoire, n'envahissant pas la totalité de l'os, on peut employer avec succès les applications d'acide chromique et poursuivre ainsi la tumeur dans ses ramifications au sein du tissu osseux.

En ce qui concerne la question histologique, M. Magitot ne croit pas que la science ait changé au sujet des tumeurs à myéloplaxes au point que les termes n'aient plus aujourd'hui la même signification qu'ils avaient il y a encore quelques années.

M. Trélat admet avec M. Magitot que l'acide chromique est un bon moyen de traitement de certaines tumeurs de la mâchoire, mais il ne voudrait pas que l'on mît sur ces tumeurs l'étiquette de *tumeurs à myéloplaxes*, car il serait dangereux de donner à croire aux jeunes praticiens que l'on peut guérir ces sortes de tumeurs par l'acide chromique.

M. Desprès regrette que ses collègues n'aient point paru apprécier à leur juste valeur les avantages que sa malade a retirés de l'emploi de la sonde non laissée à demeure dans les fosses nasales. Cette malade ne pouvait pas se nourrir à la cuillère; or, pendant près de 40 jours, elle a pu se nourrir parfaitement elle-même en mettant et ôtant à volonté sa sonde à chaque repas. N'est-ce point là un progrès réel sur la sonde à demeure? M. Desprès plaint vivement les malades condamnés à garder dans le nez pendant 40 jours, une sonde qu'il ne pourrait pas supporter, pour sa part, pendant vingt-quatre heures.

— MM. Delens et Lucas-Championnière présentent deux malades auxquels ils ont pratiqué avec succès l'ostéotomie pour des cas de genu valgum. Les opérés qui ne pouvaient marcher avant l'opération, marchent aujourd'hui d'une manière suffisante.

— M. Berger présente un jeune malade auquel il a enlevé plus de la moitié du maxillaire inférieur pour une volumineuse tumeur myéloïde de cet os. M. Desjardins a construit pour ce malade un appareil prothétique dont M. Berger se montre très satisfait.

— M. le docteur Kirmisson présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la ligature de l'iliaque externe pour une tumeur anévrysmale de l'artère fémorale.

— M. le docteur Guerlain (de Boulogne-sur-Mer) fait une communication avec pièce

pathologigue à l'appui, relative à une observation d'amputation d'un sein cancéreux, à l'aide du thermo-cautère Paquelin. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

— Dans le courant de la séance, un scrutin a eu lieu sur la demande adressée par M. le professeur Félix Guyon qui désirait échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. A l'unanimité, M. Guyon a été nommé membre honoraire de la Société de chirurgie. — A. T.

FORMULAIRE

Injection contre la cystite chronique. — Reliquet.

Acide phénique cristallisé . . . . 0 gr 50 centigr. à 1 gr.
Alcool q. s. pour dissoudre dans
Eau distillée . . . . 1000 grammes.

F. s. a. — Cette injection bien préparée ne détermine pas de douleurs, agit comme un astringent, modifie les surfaces dénudées et empêche l'absorption. — Après avoir lavé la vessie avec de l'eau à 37 ou 38 degrés, on pousse très lentement la solution phéniquée, jusqu'à ce que le réservoir urinaire soit bien développé, et le liquide en contact avec tous les points de ses parois. L'injection sortie, on lave de nouveau la vessie à l'eau tiède.

N. G.

COURRIER

Corps de santé militaire. — MM. les médecins-majors de première classe Scoutetten, Goinard et Godot prennent leur retraite.

— Par décrets en date des 16 et 27 octobre 1882, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve :

16 octobre 1882. — MM. Larges, Massot, Navarre, Huchard, Comby, Romestan, Bertin du Chateau, Damée, Richard de la Prade, et Derbez.

27 octobre 1882. — MM. Vallon, Doassans, Naudet, Ménager, Blanc, Déru, Rougier, Sergent, Bignon et Chavet.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Léon Colin, inspecteur général du service de santé des armées et membre de l'Académie de médecine, est nommé membre de la commission technique instituée par arrêté du 25 octobre 1882, pour la recherche du procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène.

École de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats de l'école pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année, prix : M. Terrien ; deuxième année, prix : M. Vignard ; troisième année, prix : M. Bureau ; acccesit : M. Chiron. — Clinique, 1er prix *ex æquo* : MM. Vigot et Brossier ; 2e prix : M. Pedrono ; 3e prix : M. Bibard.

Pharmacie. — Première année, prix : M. Aumont ; accessit : M. Loysel ; deuxième année, 1er prix : M. Berger ; 2e prix : M. Camaret ; troisième année, prix : M. Réby. — Travaux pratiques, première année, prix : M. Aumont, acccessit : M. Praud ; mention honorable : M. Loysel ; deuxième année, prix : M. Berger ; troisième année, 1er prix : M. Réby ; deuxième année, prix : M. Ollivier ; accessit : M. Jarno.

— Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital Rothschild. S'adresser au directeur de l'établissement, tous les jours, de 8 heures à midi.

—

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 21 novembre. — M. Henri Gueneau de Mussy traite à son tour la question des eaux potables, des systèmes d'égouts et des bureaux d'hygiène. Mais les cliniciens ne veulent pas faire la place trop grande aux hygiénistes, et la discussion n'en est que plus variée et plus instructive. Aussi bien, les mesures de prophylaxie et l'organisation de la médecine publique en France, viendront plus tard; nous pouvons, sur ce point, nous en rapporter à l'Administration.

Pénétré de cette vérité simple, M. Hardy court au plus pressé : les malades réclament nos soins, comment devons-nous les traiter ? L'éminent professeur n'aime pas autant que M. Hérard la quinine à hautes doses; ne serait-elle pas responsable de quelques morts subites observées récemment dans les hôpitaux de Paris? D'ailleurs, pourquoi s'acharner à faire baisser la température ? L'hyperthermie n'est pas tant à craindre, à la condition que le pouls reste à 100 ou 110 ; au contraire, il arrive que le thermomètre se maintient ou baisse au-dessous de 40°, et cependant le cas est grave si le nombre des pulsations s'élève outre mesure. Dans la fièvre typhoïde, il y a souvent discordance entre le pouls et la température ; et ce défaut de rapport est si remarquable, que M. Hardy le considère comme un signe diagnostique et pronostique de haute valeur. Mais aujourdhui, le thermomètre a supplanté la montre, et les étudiants ne savent plus tâter le pouls !

M. Hérard défend la quinine, mais avec beaucoup de réserve. C'est un mode de traitement qui n'est pas nouveau, et que bien des médecins ont préconisé ; la dose de 2 grammes, qui déjà effraye M. Hardy, ne lui paraît pas si redoutable. D'ailleurs, ce clinicien éprouvé n'a pas vanté la quinine seule; avec l'acide salicylique à doses modérées, il attaque le virus typhique dans l'intestin, et le poursuit dans la circulation. Nous l'avouons humblement, c'est là une idée qui nous paraît *trop simple* ; nous avons peine à croire que la masse d'antiseptique nécessaire pour neutraliser le virus qui pullule dans notre sang, n'amène pas la mort de l'infecté avant celle de l'infectant.

M. Legouest ne veut pas accuser la quinine d'avoir causé des morts subites. La fièvre typhoïde se dénoue ainsi quelquefois, et la campagne de Tunisie en a montré de nombreux exemples. Mais il pense que les hautes doses de quinine, quoi qu'en dise M. Hérard, ne sont pas toujours absorbées; témoin le malade que soignait M. Millard, et dans l'intestin duquel on a trouvé une douzaine de cachets Limousin inaltérés.

Enfin M. Dujardin-Beaumetz, qui l'autre jour a vanté « l'expectation armée », parle à son tour en faveur de la « médication classique » remise en honneur par M. Hardy. Lui aussi pense que la quinine est mal absorbée par l'intestin d'un typhique, à preuve l'absence de bourdonnements d'oreilles notée par M. Hérard malgré les fortes doses. Mais où l'orateur nous paraît irréfutable, c'est quand il avance qu'en matière de thérapeutique médicale et d'épidémies, les statistiques ne prouvent rien. Combien nous sommes de son avis !

Le doctorat ès sciences médicales. — La circulaire ministérielle relative à ce nouveau grade n'aura eu qu'un succès d'estime, à Paris du moins. La presse médicale, en majorité, l'a désapprouvée. Nous avons reçu des lettres témoignant d'un éton-

nement que nous avions éprouvé nous-même, et protestant contre la création d'un diplôme inutile et d'une catégorie de médecins jusqu'ici inconnue. Enfin la commission nommée par notre Faculté s'est prononcée dans le même sens, et la rapidité qu'elle a mise à exprimer son avis montre combien cette apparence de réforme venait mal à propos.

Le doctorat ès sciences médicales pouvait être considéré à deux points de vue, professionnel et scientifique. Nous l'avions ainsi jugé, en l'appelant inutile catégorie dans l'art de guérir ou formalité vaine pour les hommes de travail. Tels sont, en effet, les deux aspects sous lesquels nos confrères l'ont généralement examiné.

Dans sa dernière *Causerie*, par exemple, M. Lubanski signale cette phrase dangereuse de la circulaire, où il est demandé « quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données », et montre comment, à la faveur de ces équivalences, « le doctorat ès sciences médicales deviendrait l'apanage des personnalités qui se taillent une renommée à côté de la médecine », et servirait « à légaliser certains états de parasitisme scientifique. » C'est dire, en meilleurs termes et avec plus de clarté, ce que nous avions dit nous-même : le doctorat nouveau sera un sous-titre commode pour certaines variétés de charlatans. Représentez-vous un docteur en médecine qui, ayant vécu dans les hôpitaux de Paris et suivi les leçons des meilleurs cliniciens, va porter en province son titre d'ancien interne et une expérience médicale déjà sérieuse; et voyez-le mis en question, serré de près, supplanté même par un « équivalent » qui, pour avoir nettoyé quelques éprouvettes ou écorché quelques lapins, sera devenu un docteur ès sciences médicales, et usera du prestige que ce nom lui confère pour usurper les dehors du vrai praticien et capter la confiance publique. Evidemment le nouveau titre est mauvais, s'il donne à quelques irréguliers les moyens d'arriver par un chemin de traverse à la pratique de la médecine.

On a semblé croire que l'institution d'un nouveau grade avait quelque rapport avec une idée qui circule, disparaît et revient de temps à autre, celle de la suppression des officiers de santé. C'est là une question difficile, où nous éviterons de nous aventurer. Mais, ce qui n'est pas douteux, c'est que le doctorat ès sciences médicales n'a rien à voir avec elle. Brigué par un petit nombre de médecins, il passerait inaperçu et n'amènerait aucun changement dans la situation présente; recherché par un grand nombre, il abaisserait les simples docteurs, et *a fortiori* les officiers de santé, mais n'empêcherait en rien ces derniers de se recruter comme aujourd'hui. Si leur suppression était jugée bonne, c'est qu'il semblerait désirable d'éviter certains abus en revenant à l'unité du titre professionnel; fonder une classe nouvelle serait donc aller contre le but.

Voyons maintenant l'autre face de la question. Faut-il inventer un titre scientifique pour certains de nos confrères que leur volonté, leurs aptitudes spéciales ou des circonstances très diverses ont éloignés des concours et de la pratique, pour en faire des chefs de laboratoires, des micrographes, des physiologistes? Nous pourrions citer, parmi nos contemporains, maints travailleurs de cet ordre, esprits distingués et véritables savants, à qui ce nouveau nom, docteur ès sciences, pourrait être adapté. Mais à quel besoin, à quelle aspiration, à quelle requête formulée par eux cette idée vient-elle répondre? Leurs laboratoires seront-ils mieux ordonnés, leurs expériences rendues plus faciles, leurs découvertes mieux vulgarisées? Le désir de s'appeler docteurs ès sciences médicales sera-t-il pour eux l'origine d'une recherche nouvelle, d'un mémoire qu'ils n'auraient pas écrit?

On pourrait sans doute instituer un doctorat qui fût l'équivalent du doctorat ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, et c'est, nous dit-on, l'avis de quelques professeurs; mais à la condition d'en retrancher l'adjectif « médicales », et d'en faire un ornement qui ne pût jamais conduire à la pratique. Il y aurait ainsi quelques docteurs ès sciences *anatomiques* ou *physiologiques;* mais combien par année? Par combien d'amours-propres cet honneur sans fonctions serait-il convoité?

Quoi qu'il en soit, la question sera bientôt résolue en ce qui concerne la Faculté de Paris, et nous pensons n'avoir plus rien à craindre.

Etaient-ce « les bureaux »? Etait-ce le ministre lui-même? En tous cas, nous sommes très reconnaissants au ministère de s'être occupé de nos intérêts, et nous le prions de vouloir bien s'en occuper encore, mais d'une autre manière.

Que de choses il y aurait à faire pour « élever le niveau » de la médecine en France ! Nous voudrions d'abord qu'au delà d'un certain âge on ne pût s'inscrire à la Faculté. La limite d'âge existe partout, sauf à l'Ecole de droit et chez nous. Il en résulte que la médecine est un commun déversoir où affluent les fruits secs de toutes les professions. Il faudrait ensuite convenir qu'un élève, refusé trois fois au même examen, n'aurait plus le droit de s'y présenter. Avec ces deux mesures, nous ferions déjà un grand pas en avant. Mais que devient notre métier, quand un professeur (dont nous pourrions dire le nom) est invité à sacrer docteur un élève qui a comparu vingt-deux fois devant des juges trop bénins, et quand ce guérisseur d'un nouveau genre peut écrire à sa famille, pour vanter ses mérites et annoncer sa venue : « Les médecins ordinaires ne passent que cinq examens; moi, j'en ai passé vingt-deux ! » — L.-G. R.

British medical Association

LA CONTAGION DE LA PHTHISIE PULMONAIRE DEVANT LES FAITS.

Peu de jours avant l'ouverture du Congrès de Genève, où la question de la contagion de la phthisie pulmonaire était l'objet des intéressantes communications dont ce journal n'a pu donner qu'un aperçu à ses lecteurs, une réunion plus modeste, la British medical Association, qui tenait ses assises à Worcester, traitait le même sujet avec une ampleur qui méritait à ses procès-verbaux plus de retentissement. La plus remarquable et la plus démonstrative de ces lectures est celle du docteur Théodore Williams, médecin de l'hôpital des phthisiques de Brompton, qui a eu l'heureuse idée de faire servir à l'élucidation d'un sujet si controversé, le champ d'observations unique au monde à sa disposition. Voici la substance de sa communication (1).

Le microscope nous apprend que le bacillus de Koch abonde dans les crachats des phthisiques, dans les parois des cavernes, dans les tubercules à tous les degrés. Et quand nous considérons le nombre considérable des phthisiques toussant et crachant à loisir dans les rues et sur les promenades de Londres, les essaims de bacilli qui prennent ainsi leur essor dans l'atmosphère, soit immédiatement, soit après que les crachats desséchés et pulvérisés les ont mêlés aux poussières aériennes, nous devons admettre que si la phthisie n'est pas plus commune encore, c'est que le micro-organisme, constamment présent dans l'air inspiré, n'est pas d'une bien grande activité, ou qu'il ne rencontre pas souvent un terrain favorable à son évolution.

La contagion de la phthisie pulmonaire s'effectuerait soit par la respiration d'un air contaminé, soit dans les rapports du mariage, soit encore par l'intermédiaire du lait d'animaux malades, ou d'une nourrice tuberculeuse.

Les contagionistes admettent la très grande fréquence du premier mode incriminé; pour eux, un grand nombre de ces cas de phthisie prétendue héréditaire, doivent en réalité rentrer dans cette catégorie. Que plusieurs sœurs succombent à la maladie, c'est la première atteinte qui a contagionné les autres partageant la même chambre et donnant des soins à la patiente. La contagion du mari à la femme reconnaîtrait le même mécanisme.

Or, de même que la contagion de la variole, vaccine à part, ou du typhus, trouve surtout sa démonstration dans les hôpitaux spéciaux de varioleux ou de fiévreux, si la contagion de la tuberculose est un fait réel, un hôpital de phthisiques devra en donner une preuve éclatante. Voyons donc quel appui donnent à la doctrine de la contagion les observations recueillies avec suite au Consomption-hospital de Brompton.

L'hôpital a été inauguré en 1846 avec 90 lits. En 1856, ce chiffre s'élevait à 200. En 1873, l'ouverture de nouvelles salles portait le nombre au total définitif de 240 lits. L'hôpital est bien ventilé, par appel. Avant l'introduction de ce système, qui date de 1877, une des ailes, dont la ventilation était des plus défectueuses, vit se développer dans ses salles, à deux reprises différentes, une épidémie d'érysipèles et d'angines, symptômes d'hospitalisme. Depuis 1877, quand, par un vice quelconque des appareils, l'aération est en souffrance, l'angine réapparaît.

(1) *The British medical Journal*, 30 septembre 1882.

Les trois quarts des malades sont de simples phthisiques à tous les degrés. Le reste comprend des pleurésies, des bronchites, des empyèmes, des pneumonies chroniques, de la bronchectasie, de l'emphysème et des maladies de cœur. Les crachoirs sont changés deux ou trois fois par jour. Jusqu'à ces derniers temps, à moins d'odeurs intolérables, on ne se préoccupait pas de leur désinfection.

La division des externes a été fort longtemps une installation déplorable. Deux ou trois cents malades venaient s'entasser tous les jours dans des salles exiguës et très mal aérées. Ce service s'est aujourd'hui bien perfectionné.

Comment se comporte le personnel qui vit d'une façon plus ou moins permanente dans cette atmosphère sursaturée du bacilli? C'est ce qu'une statistique à laquelle ont pris part les docteurs Cotton, Vertue Edwards, et en dernier lieu, Th. Williams, et qui embrasse l'existence entière de l'hôpital depuis sa fondation, permet d'apprécier d'une façon suffisamment précise.

1° *Résidants. Médecins traitants.* L'hôpital en a compté 4. Tous les 4 sont en vie, et bien portants. M. Vertue Edwards a occupé le poste pendant 25 ans, sans présenter le plus léger symptôme pulmonaire. Deux autres médecins ont quelquefois offert les symptômes de l'anémie hospitalière, de l'*hospitalisme,* sans aucune détermination.

Assistants de clinique. Ce sont des étudiants avancés dans leurs études, quelquefois diplomés, qui font un service de six mois consécutifs, soignant les malades, rédigeant les observations, prenant part aux autopsies. 150 environ ont passé par l'hôpital. Des 59 dont M. Edwards a recueilli et suivi les observations en 1867, 3 étaient devenus phthisiques; un autre l'est devenu depuis. Aucun d'eux n'avait présenté de symptômes pulmonaires pendant leur temps de séjour à l'hôpital. Sur 16, de l'exercice qui a précédé M. Edwards, un seul qui offrait une tare de famille très accentuée, était mort phthisique. Des 75 qui se sont succédés à l'hôpital depuis lors, l'histoire de 3 n'a pu être suivie de Williams. Sur les 72 autres, un est mort de causes étrangères à la phthisie ; mais deux, de phthisie véritable. Un de ceux-ci avait eu des hémoptysies avant d'entrer à l'hôpital; chez l'autre, la maladie se déclara deux ans après l'avoir quitté; il s'était parfaitement porté durant ces deux années. Un troisième, surmené, est devenu phthisique à l'hôpital, puis a complètement guéri. Les 69 restants sont en bonne santé; lancés dans la vie active des praticiens, quelques-uns ont même acquis un nom scientifique.

Ainsi, sur 150 sujets, 8 sont devenus phthisiques à un moment quelconque de leur carrière, et 5 sont morts; une seule fois, d'une façon assurée, la maladie s'est déclarée à l'hôpital. C'est là un résultat remarquable; il n'est pas rare que les *clinical assistants,* extenués, prennent de l'angine et les autres signes de l'hospitalisme; mais la phthisie, on le voit, ne s'ensuit pas plus que dans les hôpitaux communs.

Matrones et dames surintendantes. — On en compte 6 : aucune d'elles ne souffre de phthisie; leur santé était bonne. L'une d'elles a occupé son poste pendant 24 ans; une seule est morte dans un âge avancé.

Garde-malades, infirmières. — Les unes couchant dans des pièces en communication par les couloirs avec les salles des malades; les autres au-dessus de ces salles; les unes et les autres vivant en permanence au milieu des phthisiques.

Jusqu'à 1867, M. Edwards a noté un décès par apoplexie, un autre par phthisie, contractée après la sortie de l'hôpital sous l'influence de la misère. D'autres décès se sont produits depuis cette date : un par cancer à 52 ans; une pneumonie chronique précédée d'érysipèle, de rhumatisme chronique et d'adénite cervicale. 3 sont morts de phthisie, après avoir quitté l'hôpital, deux ne présentaient alors aucun symptôme suspect et ne sont devenus phthisiques que plusieurs années après; la troisième paraît bien un cas contracté à l'hôpital. Voici son histoire : une de ses sœurs était morte de phthisie quand elle prit du service à l'hôpital en 1861, âgée de 23 ans; elle épouse un phthisique, malade de l'hôpital, qui la laissa veuve avec un enfant. Elle rentre à l'hôpital, y reste douze ans, se remarie, se sépare de son mari qui la maltraite, et redevient garde-malade libre. Dans un voyage à la Riviera, elle prend froid; une tuberculose aiguë se déclare; elle revient mourir en quelques mois, d'hémoptysie, à Brompton. Lors de son dernier séjour comme garde-malade à Brompton, elle était déjà notoirement tuberculeuse. Tel est le cas unique de tuberculose (avec une tare héréditaire) développé, dans une période de 36 ans, sur cette catégorie du personnel. La présente garde-chef de la salle Victoria, a perdu son père, sa mère, 4 frères et sœurs de phthisie. On ne dira pas ici que la prédisposition fait défaut. Elle a aujourd'hui 43 ans. Il y a 11 ans qu'elle est à l'hôpital : sa santé est excellente, son activité infatigable.

Les gardes ont séjourné à Brompton des 10, 15, 20 et 24 ans; aucune d'elles n'est devenue phthisique. Depuis 1867, on a compté 101 infirmières; 3 sont mortes : une noyée, une autre

empoisonnée, la dernière phthisique, mais il n'a pu être établi que la maladie avait débuté à l'hôpital.

La principale attribution des *filles de salle* est de balayer et de frotter les parquets plusieurs heures par jour; le reste de leur temps est encore occupé dans les salles. M. Edwards en cite une seule qui servit 15 mois à l'hôpital; elle sortit, occupa diverses positions et revint mourir de phthisie à Brompton. Une autre est morte par le cœur. Les 32 qu'on compte depuis 1867 n'ont pu toutes être l'objet d'observations suivies. Quelques-unes sont mariées, bien portantes; on n'a connaissance d'aucun décès : aucune d'elles n'a été malade à Brompton.

Concierges; porteurs. — On en a compté 20 en tout; tous ne résident pas à l'hôpital; la plupart ont affaire à l'amphithéâtre où ils transportent les corps. L'un d'eux est chargé de recoudre les cadavres après autopsie; il habite l'hôpital où il est arrivé tout jeune il y a une dizaine d'années, assez malingre, ce qui ne l'a pas empêché de devenir un homme robuste et bien découplé. L'histoire de tous ces hommes n'a pu être suivie jusqu'à ce jour. On sait que 5 sont morts par apoplexie, paralysie, après une opération sur la gorge, et les deux derniers d'excès de boisson. Les concierges des externes, qui sont mêlés tous les jours à 2 ou 300 consultants, n'ont jamais présenté quoi que ce soit du côté de la poitrine. Un autre a souffert de fpneumonie chronique, ce qu'on attribue à la fréquence des courants d'air dans sa loge, qui ut dès lors reconstruite. Il a servi 20 ans à l'hôpital, et est aujourd'hui pensionné.

2° *Non résidants; secrétaires, commis.* — Sur 9, 3 ont été menacés de la poitrine; l'un d'eux est allé à Madère dont il est revenu paraissant rétabli; les 2 autres ont de bonnes apparences. Le secrétaire actuel est en fonctions depuis 24 ans.

Pharmaciens. — 22, qui ont servi de quelques mois à plusieurs années; 7 morts : un suicide, une affection du foie, 2 pneumonies, 3 phthisies; de ces derniers, l'un, adonné à la boisson, quitta l'hôpital, vécut misérablement et revint mourir 2 ans après; un autre sortit de l'hôpital après 2 ans de résidence en bonne santé, entra dans les affaires où il s'épuisa. Le troisième était malade dès son séjour à Brompton, où il demeura 3 ans. Il en est un qui, après deux ans de service, entra aux affaires pour son propre compte, revint comme malade 25 ans plus tard, et vit encore. Deux autres ont encore présenté des signes de consomption, mais paraissent avoir recouvré la santé. Les deux premiers fonctionnaires de ce service ont occupé leurs postes depuis 20 et 23 ans et sont parfaitement bien portants. Le personnel n'a pas de service auprès des malades, mais leur salle, déjà encombrée, communiquait dans le vieil hôpital par deux fenêtres avec la pièce des consultants, ce qui n'est pas précisément le plein air.

Chapelains. — Il y en a 4 : l'un est mort d'une maladie de cœur; les deux autres dans un âge avancé, sans affection pulmonaire. Le titulaire actuel occupe l'emploi depuis 8 ans; il n'a pas d'autre service que celui-là. Sa santé est excellente.

Médecins et médecins assistants. — 29 : 8 sont morts, un seul de phthisie. Des 21 survivants, aucun n'est malade, et quelques-uns avaient de fortes prédispositions. Les médecins-assistants passent plusieurs heures par jour en contact intime avec les malades, qu'ils examinent, auscultent, etc. Les médecins en pied les voient avec moins de suite.

Il y a encore une annexe de l'hôpital, appelée le *home*, où les malades, hommes, attendent leur tour d'admission. C'est une construction ordinaire, sans aménagement particulier pour la ventilation, contenant dix pièces, qu'habitent de 12 à 14 personnes. Ouverte depuis 20 ans, cette annexe a eu 4 matrones, en bonne santé; la titulaire actuelle a 19 ans de service dans ce milieu.

Ainsi, on voit le peu d'appui qu'apporte à la doctrine de la contagion de la phthisie pulmonaire, l'observation attentive des faits sur le champ d'étude le plus vaste et le théâtre d'exploration le mieux disposé pour une telle démonstration, le *hospital for Consumption* de Brompton. Il est bon que de tels résultats soient vulgarisés dans le but de faire justice des exagérations envahissantes de l'école expérimentale.

R. LONGUET.

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

DE LA FÉCONDATION (1).

Du lieu où se fait l'imprégnation. — Il est vraisemblable que le sperme éjaculé séjourne un certain temps dans les culs-de-sac vaginaux. Si les spermatozoïdes, en contact immédiat avec le mucus vaginal, sont par ce voisinage acide rendus impropres à la fécondation, ceux

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 octobre et 7 novembre.

qui occupent le centre de la masse glaireuse, alcaline, produit de sécrétion des glandes uréthrales, sont protégés et conservent l'énergie nécessaire à leur ascension. Exceptionnellement, l'éjaculation sur les parties génitales externes suffit pour que l'imprégnation ait lieu, comme le prouvent les exemples de vierges fécondées. Dans ce cas, il est probable que le mucus vaginal avait été alcalinisé par l'écoulement cataménial, car les animalcules ayant forcément baigné dans le mucus, durant un temps assez long, leur vitalité aurait été compromise ou anéantie par l'acidité.

On ne saurait admettre, avec Roubaud, que normalement le sperme est éjaculé dans la cavité cervicale, et encore moins qu'il est aspiré par l'utérus. Cette théorie rappelle l'hypothèse de Coste, qui croyait que les spermatozoïdes montent comme l'eau entre deux lames de verre, par l'effet de la capillarité. M. Balbiani, alors auditeur des cours du grand embryologiste, se disait en écoutant son maître développer cette idée : « Pour que l'eau monte dans un tube capillaire, il faut que ce tube soit vide; or la matrice et ses conduits sont imprégnés de liquides. De plus, si le sperme était aspiré, ces liquides le seraient aussi, sans parler des injections dont les femmes usent et abusent, tout cela tomberait dans la cavité abdominale, si bien qu'une femme ne pourrait plus se laver sans s'exposer aux péritonites! »

Ce que nous avons dit de la nature des spermatozoïdes explique leur ascension. Ce sont des animalcules, qui dans leur progression luttent contre les obstacles et sont assez vigoureux pour entraîner des agglomérations de cristaux, dix fois plus grosses qu'eux, des groupes de 8 à 10 globules sanguins (Henle, Pouchet). Ces globules s'agglutinent autour de la tête dont ils doublent le volume (Balbiani). En l'état actuel de la science, il faut dire que les spermatozoïdes montent, parce qu'ils veulent monter. Ils avancent en taraudant par un mouvement énergique de la queue. De même qu'ils pénètrent l'épaisse couche albumineuse qui entoure les œufs de grenouilles, ils traversent facilement le bouchon gélatineux du col (Balbiani).

Dans la dernière édition du *Traité de physiologie* de Longet, au chapitre Génération, rédigé par Coste, on voit que ce savant croyait à l'imprégnation intra-ovarienne, chez les oiseaux, chez les mammifères et chez l'homme. Des observations bien menées, mais incomplètes, l'avaient conduit à cette conclusion. Une poule cochée une seule fois pond un certain nombre d'œufs féconds. Coste, s'étant assuré que ces œufs n'étaient pas détachés de l'ovaire au moment de l'arrivée des spermatozoïdes, et ne retrouvant plus ceux-ci dans l'oviducte, avait pensé en bonne logique, qu'ils avaient pénétré dans les œufs sur l'ovaire même.

La dispersion des spermatozoïdes sur l'ovaire, et l'imprégnation d'une série d'œufs, dont la maturité est incomplète, présenteraient un vif intérêt, en jetant quelque lumière sur un fait encore inexpliqué, mentionné plus haut. Nous parlons de l'influence définitive du premier fécondateur.

Claude Bernard, dans son cours, rapportait une série d'expériences démonstratives sur ce sujet. Des juments, de race anglaise ou arabe, saillies une première fois par des étalons bâtards, avaient été livrées à des purs sangs arabes ou anglais, et les produits obtenus n'étaient que des demi-sangs. Le même phénomène a été observé chez différentes espèces animales. Les Américains disent que l'influence fécondatrice d'un nègre sur une femme blanche se retrouve chez des enfants issus de cette même femme et d'un blanc. Simpson a noté un fait concluant à cet égard. On n'explique pas cette singulière *défloration des ovaires*, qu'on nous passe l'expression.

L'erreur de Coste a été démontrée par Tauber (1875). Ce physiologiste danois a découvert sur le pavillon de la poule de petites anfractuosités en forme de fossettes ou même de poches plus ou moins fermées, véritables nids où se logent les spermatozoïdes, et d'où ils s'élancent sur les œufs que la maturité détache de l'ovaire et que recueille le pavillon. Ainsi s'explique la ponte d'un certain nombre d'œufs féconds par une poule privée du coq. L'imprégnation se fait successivement et non pas simultanément. Elle se fait dans le pavillon ou dans la trompe, le plus souvent, selon toute vraisemblance, dans le tiers externe de ce conduit, c'est-à-dire au voisinage du pavillon; voilà la règle. Mais il ne faut pas en conclure qu'elle ne puisse se faire ailleurs. Les grossesses extra-utérines, dites ovariennes, sont admises sans contestation. Donc, l'imprégnation se fait quelquefois sur l'ovaire. Rien ne prouve, contrairement à l'opinion de Velpeau, que les zoospermes ne puissent perforer le follicule de Graaf, et du reste si celui-ci ne se laisse pas perforer, il peut se déchirer et recevoir par cette brèche le spermatozoïde, qui se dirige vers l'ovule encore adhérent.

L'œuf peut-il être fécondé dans l'utérus? Cela est très douteux. Lorsqu'on fait couvrir une lapine au moment où la chaleur tombe, c'est-à-dire lorsque les œufs sont certainement détachés, on trouve en sacrifiant l'animal, les œufs et les spermatozoïdes pêle-mêle à l'extrémité des cornes utérines, sans aucun signe de fécondation (Coste). On admet actuellement qu'au-delà du tiers externe de la trompe, l'ovule s'entoure d'une couche d'albumine qui le rend

imperméable aux animalcules. De nouvelles observations à ce sujet seraient nécessaires. Est-ce en réalité la couche d'albumine qui s'oppose à cette pénétration ? Quelle est donc la consistance de cette couche, pour qu'elle oppose un obstacle infranchissable à un animalcule qui a traversé sans difficultés, dans la cavité du col et du corps et à l'orifice des trompes, des couches de même nature, bien plus épaisses, souvent très denses et compactes? Il est plus vraisemblable de supposer qu'il y a un moment d'élection pour la pénétration du spermatozoïde. Lorsqu'à ce moment l'ovule rencontre les animalcules, il exerce sur eux l'attraction d'un irrésistible aimant. Ce moment passé, il n'est plus qu'un corps étranger. Une telle hypothèse est, du moins à notre avis, la conséquence logique d'expériences toutes récentes, que nous exposerons en parlant de la fusion des deux éléments.

Quoi qu'il en soit des exceptions, l'imprégnation se fait d'ordinaire dans le tiers externe de l'oviducte (tous les auteurs), et Pouchet (1847) aura été le dernier défenseur de la théorie qui faisait de la cavité utérine le lieu habituel de la fécondation, théorie qui remonte à Hippocrate, en passant par Regnier de Graaf, Stenon, Harvey, Fabrice d'Acquapendente son maître, Galien et Aristote. De Baër, qui découvrit l'œuf des mammifères (1827), trouva le premier un œuf fécondé dans les trompes de la chienne.

Du moment où l'imprégnation se fait. — C'est encore une opinion accréditée chez les gens du monde, que la conception se produit au moment du rapprochement des sexes, et que la femme peut savoir, par l'intensité du plaisir, qu'elle a été fécondée. Il est possible que cette sensation soit, pour certaines femmes, le signe avant-coureur de la fécondation ; mais on ne saurait admettre la simultanéité des deux actes.

Henle et Kræmer ont vu les spermatozoïdes de l'homme parcourir 2^{mm},7 en une minute. Si l'on admet, suivant la règle, qu'ils sont éjaculés dans les culs-de-sac du vagin et sur le col et qu'ils rencontrent l'œuf dans le tiers externe de la trompe, quelques heures au moins s'écouleront entre l'éjaculation et l'imprégnation. Plusieurs jours les séparent dans certains cas. Parmi les causes qui font nécessairement varier le laps de temps, il faut ranger la maturité de l'ovule.

Nous ne savons pas à quel moment l'œuf se détache de l'ovaire. Les faits semblent prouver que ce moment correspond à la fin des règles ; mais certaines femmes ne conçoivent que pendant les règles. La ponte peut encore précéder l'époque cataméniale : alors l'imprégnation se fait avant l'écoulement, qui, dans ce cas, — notons-le en passant, — se montre assez souvent, mais diffère des règles normales par la quantité et la qualité. Enfin, comme il n'y a pas corrélation forcée entre les menstrues et l'ovulation, la ponte peut avoir lieu dans l'intervalle de deux époques.

(*A suivre.*) Dr H. STAPFER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature adressée par M. le docteur Onimus pour la section de physique et de chimie.

2° Une lettre de M. le docteur Millot-Carpentier, de Montecouvez (Nord), accompagnant l'envoi de *Quatre observations d'ovariotomie*, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

3° Un mémoire pour le prix Desportes, avec cette épigraphe : « Être utile aux malades ou du moins ne pas leur nuire. »

4° Un travail de M. le docteur Arnaud, sur le mécanisme de la syncope et de la mort subite.

—

M. HERVIEUX présente, au nom de M. le docteur Dubreuil (de Bordeaux), une brochure sur la propagation du cow-pox d'Eysines.

M. DEPAUL met sous les yeux de l'Académie un petit instrument imaginé par M. le docteur Triaire (de Tours), composé d'un bout de sein et d'une pompe à sein.

M. GARIEL présente de nouvelles aiguilles à électro-puncture, construites par M. Collin, sur les indications de G. Bay.

M. OULMONT présente, au nom de M. le docteur Calvet, un sthétoscope à ventouse centrale.

M. Henri Gueneau de Mussy présente : 1° une brochure publiée par la Société de médecine publique contenant des rapports et des discussions sur les évacuations des vidanges dans la ville de Paris; — 2° en son propre nom, son Rapport général sur les épidémies.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom M. le docteur Mas (de Bordeaux), une brochure intitulée : *Des inoculations préventives dans les maladies virulentes.*

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Henri Gueneau de Mussy appelle l'attention sur un point déjà signalé par ses collègues, qui ont pris part à la discussion, sur l'influence des diverses qualités des eaux dans l'épidémie actuelle. On sait que l'eau souillée par les matières fécales est un des plus puissants véhicules de la fièvre typhoïde. Si l'on accorde que l'introduction des matières fécales dans les eaux consommées en boisson peut amener le développement de cette maladie, à plus orte raison accordera-t-on que la présence des déjections typhiques dans les eaux potables doit avoir les plus grands inconvénients. A ce point de vue M. Gueneau de Mussy désigne particulièrement le canal de l'Ourcq, qui est encore à l'heure qu'il est la provenance qui fournit la proportion la plus considérable de l'eau distribuée aux parisiens.

Rapprochant le rapport de M. Lancereaux sur les épidémies en 1879 des statistiques de M. Bertillon, l'orateur montre que le 18e arrondissement, le plus immédiatement en rapport avec le canal de l'Ourcq, a été le plus frappé. Or cette eau reçoit les souillures des déjections de ses habitants, les détritus organiques de toute sorte qu'on y jette ou qui s'y écoulent soit des maisons qui le bordent, soit des bateaux qui le sillonnent. Sur les 380,000 mètres cubes d'eau distribués dans Paris, l'Ourcq en fournit 105,000, c'est-à-dire plus d'un quart. Il abreuve en temps régulier près de 600,000 habitants répartis dans les divers quartiers de la ville. Ce n'est pas selon le quartier qu'on habite, mais selon le prix que l'on paie, que l'on reçoit de la bonne ou de la mauvaise eau; encore arrive-t-il souvent que les abonnés à l'eau de la Dhuis ou de la Vanne reçoivent de l'eau de l'Ourcq sans en être prévenus et sans, par conséquent, pouvoir prendre aucune précaution contre le danger que cette eau porte avec elle.

Quel remède opposer à cet état de choses? On ne peut se passer de l'eau de l'Ourcq avant que l'on en ait trouvé de meilleure à lui substituer. Elle doit être filtrée, mais souvent la ténuité des germes qu'elle contient leur permet de s'échapper à travers les filtres et de la rendre nuisible, quoi qu'elle soit claire et limpide.

Il ne peut être question de recourir aux filtres de laboratoire plus dangereux qu'utiles, et pouvant eux-mêmes devenir de véritables sources d'infection. Une autre précaution illusoire est celle qui consiste à rendre l'eau gazeuse. Reste un moyen d'une efficacité probablement certaine, mais d'un emploi difficile : porter l'eau potable pendant quelques minutes à la température de l'ébullition, l'aérer ensuite par le battage ou son écoulement goutte à goutte d'un vase dans un autre. Ce moyen, s'il pouvait être généralisé, deviendrait une ressource prophylactique des plus précieuses.

Ce qui précède peut s'appliquer à d'autres eaux qu'à celle de l'Ourcq.

Lorsque la Compagnie des eaux se trouve obligée, pour une raison quelconque, d'envoyer de ces eaux dangereuses à la place de celles de la Dhuis ou de la Vanne, elle devrait en prévenir les intéressés ; au moins pourrait-on essayer d'opposer au fléau quelques moyens de défense. Le vrai, le seul remède préventif, serait un approvisionnement d'eau en quantité suffisante et protégée contre les impuretés du dehors. Plusieurs grandes villes de l'Europe, Vienne, Bruxelles, Lausanne, en jouissant de ce bienfait, ont vu diminuer dans une proportion considérable le chiffre des malades.

M. Gueneau de Mussy croit qu'il ne faut pas désespérer de voir s'accomplir à Paris les mesures qu'on a su prendre à Bruxelles, le personnel ni l'argent ne faisant défaut.

Il insiste sur la nécessité de l'établissement d'un bureau d'hygiène qui, tous calculs faits, ne coûterait pas plus de 360,000 francs, soit 0,20 centimes par habitant. Ne serait-il pas ridicule d'invoquer la raison économique pour maintenir ce déplorable *statu quo?*

Mais il ne suffirait pas de posséder un irréprochable système d'égouts, un excellent bureau d'hygiène, nous ne serons pas à l'abri de la fièvre typhoïde tant que rien ne sera changé aux conditions des eaux potables.

M. Hardy ne croit pas devoir maintenir la discussion sur les hauteurs où l'ont portée les précédents orateurs; il se bornera à parler du traitement de la fièvre typhoïde.

M. Hérard s'est fait, sinon le partisan, du moins l'éditeur responsable de certaines médications ayant pour base des médicaments d'une énergie qui peut devenir dangereuse, tels que l'acide salicylique, l'acide phénique et le sulfate de quinine à haute dose. M. Hardy regrette vivement de se trouver en désaccord avec son savant collègue sur ces divers points.

M. Dujardin-Beaumetz a déjà protesté contre l'emploi de ces médications; M. Hardy joint ses protestations à celles de M. Dujardin-Beaumetz, en se basant sur les faits qu'il a eu l'occasion d'observer.

En reprenant, dans les premiers jours de novembre, son service à l'hôpital de la Charité, M. Hardy a trouvé une femme atteinte de fièvre typhoïde qui était dans un état de prostration extrême, la face congestionnée, pouvant à peine répondre aux questions qui lui étaient adressées. La veille au soir, la température avait baissé de 4 degrés; elle était tombée de 40°,4 à 36,°4; en même temps étaient apparus des signes de congestion cérébrale caractérisés par la stupeur et la prostration générale, et de congestion pulmonaire indiquée par les râles sibilants constatés dans toute l'étendue de la poitrine. Or cette femme, depuis trois jours, prenait 2 grammes de sulfate de quinine et 0,50 centigrammes d'acide phénique en lavement.

M. Hardy pensa que cette médication n'était pas étrangère aux graves accidents présentés par la malade; il la soumit aussitôt à l'application de ventouses sèches sur la poitrine, et à l'usage d'une potion contenant 4 grammes d'extrait de quinquina et 40 grammes de cognac. Malgré cette nouvelle médication, le soir, la température avait encore baissé et était descendue à 36°,2, probablement sous l'influence persistante de la précédente médication; mais le pouls, nonobstant cet abaissement considérable de la température, était à 120. Grâce aux modifications apportées dans le traitement, la malade, sans être absolument hors de danger, est aujourd'hui dans un meilleur état.

Presque en même temps, dans un service voisin, une femme également malade de la fièvre typhoïde mais dont l'état ne présentait aucune gravité apparente, mourait subitement en se retournant dans son lit. Or, depuis deux jours, elle prenait 2 grammes de sulfate de quinine par jour.

A l'Hôtel-Dieu, un malade mourait également de mort subite après avoir pris pendant plusieurs jours 3 grammes de sulfate de quinine par jour. On a signalé encore deux autres cas de mort subite arrivés dans les hôpitaux de Paris chez des malades soumis au traitement par le sulfate de quinine à haute dose.

Sans doute la mort subite peut survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, et personne n'ignore le remarquable travail publié par M. le docteur Dieulafoy sur ce sujet. Mais c'est là, en somme, une terminaison rare, que l'on n'observe guère que de loin en loin dans cette maladie. Depuis qu'il est professeur de clinique, et si haut que ses souvenirs se reportent, M. Hardy n'a pas observé un seul cas de mort subite dans le cours de la fièvre typhoïde. Or voici, dans l'espace de trois mois, quatre exemples de cet accident survenus précisément chez des individus qui tous prenaient du sulfate de quinine à haute dose. S'il n'est pas possible, sur ce petit nombre de faits, de condamner absolument la médication, du moins on peut la soupçonner de n'avoir pas été étrangère à cette terminaison funeste.

Ce n'est pas, du reste, la première fois que le sulfate de quinine à haute dose aurait déterminé la mort subite; on en avait signalé plusieurs exemples à l'époque où, sous l'influence des travaux de Briquet sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu, cette médication s'était généralisée dans les hôpitaux de Paris.

Ces faits semblent à M. Hardy devoir inspirer une grande réserve à l'égard de la médication quinique à haute dose. Comme l'a fort bien fait observer M. Dujardin-Beaumetz, lorsqu'elle se montre inoffensive, on est en droit de penser que le sulfate de quinine n'a pas été absorbé et n'a fait que traverser le tube digestif. Nous n'avons pas malheureusement les statistiques des résultats obtenus par les médecins qui ont traité leurs malades par l'acide salicylique, l'acide phénique et le sulfate de quinine à haute dose.

M. Hérard a parlé d'une série de 6 cas traités par le sulfate de quinine à haute dose et dont 5 ont guéri, et 1 seul s'est terminé par la mort dans les accidents ataxiques. En somme, ce n'est point là une statistique bien belle. C'était la statistique commencée il y a dix, quinze et vingt ans; c'est la statistique de Murchison qui disait que dans la fièvre typhoïde, quel que soit le traitement employé, on observe toujours une mort sur 5 ou 6 malades, soit une mortalité de 16 p. 100.

M. Hardy a relevé le chiffre de la mortalité de l'épidémie actuelle à l'hôpital de la Charité pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, et il a trouvé une mortalité de 14 p. 100, en moyenne. Cette mortalité a varié suivant les services; dans un service elle a été de 15 p. 100, dans un autre de 14 p. 100; or, dans le premier, on avait employé l'acide phénique, et, dans l'autre, on n'avait pas eu recours à ce médicament.

Il est un service qui s'est distingué par cette circonstance que la mortalité y a été la plus faible; c'est le service de M. le docteur Desnos, où la mortalité n'a été que de 9 p. 100. Or, M. Desnos a employé le traitement ordinaire, c'est-à-dire les purgatifs de temps à autre, le quinquina, le cognac, les ventouses sèches sur la poitrine et une alimentation appropriée aux forces des malades. Jamais il n'a donné le sulfate de quinine à haute dose; ce médicament a

été administré à dose modérée, d'après les indications tirées des phénomènes de rémittence ou d'intermittence franche qui se sont manifestés dans certains cas.

M. Dujardin-Beaumetz a dit que, sur 87 malades, il n'avait eu que 4 morts; c'est là, on peut le proclamer, un résultat magnifique et tout à fait exceptionnel, et il a été obtenu par un mode de traitement que M. Dujardin-Beaumetz a désigné sous le nom « d'expectation armée. »

M. Hardy n'a pas eu occasion de traiter, à l'hôpital, des malades atteints de fièvre typhoïde pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, étant absent de Paris à cette époque. Mais si l'on remarque que l'épidémie actuelle n'est, en somme, que la suite de la constitution médicale sous laquelle nous nous trouvons depuis le mois d'août 1881, on peut, en embrassant l'ensemble de cette période, se faire idée de la nature de la maladie. Nous voyons aujourd'hui une fièvre typhoïde commune, d'une gravité moyenne, n'exerçant pas de grands ravages, présentant le plus souvent la forme angineuse et remarquable par l'absence habituelle de phénomènes nerveux de très grande gravité.

Pour ce qui concerne sa propre pratique et sa statistique de novembre 1881 à juillet 1882, M. Hardy a eu à traiter pendant ce laps de temps 38 malades présentant des formes variées de fièvre typhoïde et il n'en a perdu que 2. Cependant il a eu affaire à quelques formes graves, et, notamment à des hémorrhagies intestinales considérables.

Le traitement a consisté dans l'emploi des purgatifs pendant les dix premiers jours de la maladie, puis du quinquina et du cognac pendant les deuxième et troisième septénaires; le tout associé à l'usage des ventouses sèches sur la poitrine, des lavements froids et d'une alimentation appropriée. Lorsque le sulfate de quinine a été jugé nécessaire pour combattre les phénomènes de rémittence ou de franche intermittence, il a été prescrit à la dose de 0,50 à 0,60 centigrammes par jour seulement.

Jusqu'à ce que l'on montre à M. Hardy des médications qui donnent de meilleurs résultats, il est décidé à s'en tenir à ce mode de traitement.

On a beaucoup parlé de l'*hyperthermie*, cette bête noire contre laquelle beaucoup de médecins ont cru devoir partir en guerre et qu'ils ont cherché à combattre par des moyens divers : les bains froids, l'acide phénique, l'acide salicylique, le sulfate de quinine à haute dose, etc. M. Hardy estime que l'on a fait jouer à cette hyperthermie un rôle beaucoup trop grand. Suivant lui, l'hyperthermie est dans l'essence même de la fièvre typhoïde; la température, dans cette maladie, est toujours très élevée; on observe fréquemment les chiffres de 40° ; 40°,5 ; 41°, sans qu'il y ait grand danger pour les malades.

M. Hardy n'est pas effrayé lorsqu'il constate les hautes températures, à la condition toutefois que la fréquence du pouls ne soit pas en rapport proportionnel avec l'élévation de la température. Aujourd'hui, médecins et élèves ont perdu l'habitude de l'observation attentive du pouls, de ses qualités de fréquence, de force ou de faiblesse, de régularité ou d'irrégularité, etc.; beaucoup ne le comptent même plus, et M. Hardy a trouvé des élèves qui étaient incapables d'indiquer, chez un malade, le nombre des pulsations. Le thermomètre a détrôné la montre. C'est là une chose fâcheuse; il importe de consulter les deux instruments afin d'en tirer des indications plus précises au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

M. Hardy a remarqué que dans la fièvre typhoïde la fréquence du pouls n'est pas en rapport avec l'élévation de la température; il a observé des températures de 40° et au-dessus, avec un pouls à 104, à 100, ou même au-dessous de 100, tandis que, dans les autres maladies fébriles une température de 40° correspond généralement à un pouls à 120. Pour M. Hardy, ce défaut de proportion entre le chiffre de la température et le nombre des pulsations devient un signe diagnostique de la fièvre typhoïde. Il peut même servir d'indication précieuse pour le pronostic. Si à une température élevée se joint un pouls fréquent, le cas est grave; si, au contraire, avec une température élevée coïncide un pouls peu fréquent, le cas peut être considéré comme moins grave. L'observation clinique montre tous les jours la réalité de ces propositions : chez un malade entré récemment dans le service de M. Hardy, la température était de 41°2, mais le pouls ne dépassait jamais le chiffre 100; le chef de clinique de M. Hardy porta un pronostic favorable et l'évènement lui a donné raison; dans un autre cas, la température était de 39°5 seulement, mais le pouls restait constamment à 120; le pronostic porté a été défavorable et le malade est mort.

La conclusion de ce qui précède est qu'il ne faut pas attribuer une trop grande importance à l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde et qu'il n'y a pas lieu de chercher à la combattre par des médications trop énergiques, car elles peuvent devenir dangereuses.

M. Hardy rappelle en terminant que c'est lui qui a mis cette question de la fièvre typhoïde à l'ordre du jour; il espère qu'il restera quelque chose de cette discussion; que l'autorité prévenue et sollicitée saura faire son devoir en réalisant les améliorations réclamées de tous

côtés dans les conditions de l'hygiène et de la salubrité publiques ; il espère que la thérapeutique, éclairée par ces débats, finira par abandonner la poursuite de ces médications à outrance plus nuisibles qu'utiles, et par reconnaître que ce qu'il y a de meilleur pour combattre la fièvre typhoïde, c'est ce que M. Dujardin-Beaumetz a si justement appelé « l'expectation armée » et ce que M. Hardy, pour sa part, désigne sous le nom de traitement classique.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CONSTATATION DES DÉCÈS. — MENTION A PORTER SUR LE CERTIFICAT DE VISITE. — CIRCULAIRE.

La circulaire suivante a été adressée aux maires des vingt arrondissements de Paris :

Paris, le 31 octobre 1882.

Monsieur le Maire,

Je suis informé que dans plusieurs arrondissements le certificat de vérification de décès qui doit être établi par le médecin de l'état civil, lors de chaque constatation, est en grande partie rempli à l'avance par des employés du bureau des décès.

Cet usage présente de graves inconvénients au point de vue de la rédaction des actes de l'état civil, en supprimant l'une des sources les plus sûres d'information. En recueillant dans la famille même les renseignements qui garantissent l'identité de la personne dont le Maire autorise l'inhumation, le médecin de l'état civil peut obtenir sur l'orthographe du nom, l'âge, le nom des conjoints, etc., etc., des indications d'autant plus précieuses qu'il les tient des plus proches parents du défunt, lesquels doivent, au besoin, lui présenter les actes authentiques qu'ils ont en leur possession.

Je dois également, Monsieur le Maire, appeler votre attention sur l'habitude prise par certains médecins de l'état civil de transcrire à l'avance, sur le certificat de décès, les indications portées sur le mandat de visite. Cette manière d'opérer fait également disparaître dans la rédaction des actes de décès les garanties que présentent les renseignements donnés par les parents les plus proches du défunt. De plus, il se présente des cas où le médecin de l'état civil renvoie à la mairie le mandat et le certificat de visite par suite de l'impossibilité dans laquelle il se trouve d'effectuer la constatation du décès, lorsque par exemple le domicile est inexactement indiqué. Le certificat de visite étant rempli et signé à l'avance et la seule mention de la cause du décès y faisant défaut, les bureaux peuvent être induits en erreur et croire que la constatation a été effectivement opérée.

Je n'ignore pas, Monsieur le Maire, que les certificats devant être rapportés par la famille au moment de la rédaction de l'acte, cette confusion a rarement lieu dans la pratique : cependant le fait s'est produit tout récemment et il est d'une telle gravité que je dois vous signaler les mesures à prendre pour en éviter le retour.

J'ai l'honneur, en conséquence, Monsieur le Maire, de vous prier de vouloir bien rappeler à MM. les médecins de l'état civil de votre arrondissement que c'est à eux qu'incombe le soin de remplir, au moment même de la constatation du décès, toutes les mentions que comporte le certificat qui vous est destiné. Vous voudrez bien leur faire remarquer combien il est important de recueillir avec le plus grand soin toutes les indications qui leur sont fournies par la famille du décédé, une inexactitude ou une négligence pouvant avoir, lorsqu'elle est reproduite dans l'acte de décès, les plus graves conséquences.

Je vous adresse, à cet effet, un certain nombre d'exemplaires de la présente circulaire dont vous voudrez bien remettre une copie à chacun de Messieurs les médecins de l'état civil de votre arrondissement, les autres exemplaires étant destinés au bureau des décès et aux archives de votre Mairie.

Je vous serai obligé de m'accuser réception de la présente circulaire.

Veuillez recevoir, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté des sciences ; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions. Les sessions pour ces divers baccalauréats s'ouvriront : la première le 10 juillet 1883, la seconde le 25 octobre 1883.

Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la

Faculté, pendant les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier avril et juillet. La deuxième session pour les trois licences aura lieu du 1er au 31 juillet 1883. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription sera close huit jours avant l'ouverture de la session.

École pratique des Hautes Études. — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus consécutifs des animaux auront lieu tous les jours de midi à cinq heures, sous la direction de M. le docteur Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et de M. le docteur G. Pouchet, professeur au Muséum, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, rue de Buffon, n° 55, où les élèves devront se faire inscrire près du directeur adjoint, M. le docteur Huet.

— Par décret en date du 4 novembre 1882, M. Judée, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première clesse, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Worms est nommé membre de la commission technique instituée à l'effet de rechercher le procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène.

Hôpitaux de Bordeaux. — Sont proclamés lauréats des hôpitaux : — Prix Delord : M. A. Dumont. — Prix de l'administration : M. Chambrelent. — Prix Levieux : M. Sieur. — Médailles d'argent : MM. Tronchet et Phélippot. — Médaille de bronze : M. Sengensse.

Faculté de médecine de Lyon. — Les concours pour les divers clinicats sont terminés. Les élus sont MM. les docteurs Chambard pour la clinique des maladies syphilitiques et cutanées, Gangolphe pour la clinique chirurgicale, Rabot pour la clinique médicale, et Royer pour les maladies mentales.

Écoles communales de Lyon. — Le 18 décembre prochain s'ouvrira un concours pour une place de médecin inspecteur des écoles communales de Lyon. La durée des fonctions est de six années.

Le candidat classé le second par le jury remplira pendant un an les fonctions de médecin inspecteur suppléant.

Les autres candidats pourront être appelés à remplacer temporairement les médecins inspecteurs malades ou empêchés.

Gestation et accouchement des éléphants. — La naissance d'un éléphant en captivité vient d'être observée pour la seconde fois aux États-Unis. L'observation du premier cas avait été faite par M. Chapmann, qui a décrit le placenta et l'appareil génital de l'éléphant. Cet auteur avait constaté que le premier coït avait eu lieu le 29 mai et le dernier le 20 juin 1878. Le jeune éléphant était né le 6 mars, juste 20 mois et 20 jours après le dernier coït. Cette observation moderne est ainsi venue confirmer l'assertion d'Aristote sur la durée de la gestation chez l'éléphant, qu'il fixait de 630 à 656 jours. Le travail a été très court, la mère se tenait sur ses quatre pattes en soulevent légèrement un des membres postérieurs. C'était une présentation de la tête. Le cordon ombilical se rompit et sortit peu après avec les membranes et le placenta. Immédiatemeunt après la naissance, la mère se mit à rouler son petit dans la paille. Le jeune éléphant qui était une femelle, mesurait en hauteur 0m75, de la base de la trompe à la racine de la queue 0m,88, et pesait 214 livres. On constata qu'il tetait avec sa bouche et non avec sa trompe, comme Buffon le croyait.

Le placenta de l'éléphant est intéressant, non-seulement parce qu'on n'a pas souvent l'occasion d'en examiner, mais aussi parce qu'il réunit les caractères des placentas de différentes espèces animales. Aussi il est évident que,pour l'éléphant du moins, le placenta ne peut servir de base de classification. L'éléphant qui vient de naître pesait 146 livres (*Journal de méd.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 25 novembre 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Des rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis, par M. de Ranse. — 2° Observation de *tabes dorsalis* d'origine manifestement syphilitique, par M. Dubuc. — 3° Note de M. Delefosse, intitulée : Quelques réflexions sur la lithotritie rapide pratiquée par M. le docteur H. Bigelow. — 4° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR LA VALEUR DES CAUTÉRISATIONS DITES INDIFFÉREMMENT POINTILLÉES OU PONCTUÉES, DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE,

Par le docteur Omer MARQUEZ,

Médecin en chef de l'hôpital d'Hyères (Var), anciennement médecin cantonal à Colmar (Haut-Rhin).

L'UNION MÉDICALE du 20 juillet 1882 a publié un mémoire que mon honorable collègue de l'hôpital d'Hyères avait présenté, le 11 du même mois, à l'Académie de médecine, et qui a pour objet l'emploi des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies des organes respiratoires (1). J'ai lu ce travail avec d'autant plus d'intérêt que j'exerce dans le même milieu que son auteur et que je suis arrivé à Hyères, il y a six ans, ayant déjà quelque habitude de la pratique des cautérisations pointillées dans le traitement des maladies de la poitrine (2).

C'est en 1854, que M. Sédillot (3) et M. Jules Guérin (4) préconisèrent, au même moment,

(1) Docteur E. Vidal : *De la multiplicité des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies des organes respiratoires* (Académie de médecine, 11 juillet; UNION MÉDICALE, 23 juillet 1882).

(2) Dans la rédaction de cette note, l'auteur devait limiter son programme et s'en tenir aux seules maladies de la poitrine ; il a donc négligé à dessein l'application que l'on peut faire de la méthode ignée à d'autres maladies, à celles du ventre, par exemple.

(3) Professeur Sédillot : *Cautérisation ignée, dite ponctuée* (Académie des sciences. 4 septembre 1854). « Avec un stylet de trousse, en or, en argent ou en acier, chauffé à la flamme d'une simple lampe à alcool, on touche très légèrement... de manière à ne produire ni phlyctènes, ni eschares. L'épiderme seul est atteint... »

(4) Docteur Jules Guérin : *Mémoire sur la cautérisation pointillée non suppurante* (Académie de médecine de Belgique ; *Gazette médicale de Paris*, 23 septembre 1854). « ... appli-

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Tout par la dynamite : le suicide, l'ostéotomie, etc. — Fantaisies de style. — Le meilleur mode de vidanges. — Une colonne expéditionnaire sans médecin. — Influence de la nourrice sur le caractère du nourrisson.

Notre pauvre XIXe siècle, qui était à la poudre dans ses premiers ans, est maintenant à la dynamite. On traite l'angine de poitrine par la nitro-glycérine ; on se suicide par la dynamite, on parle d'inaugurer cet hiver une polka-dynamite, nommée *dynamite-polka*, qui jouira de la propriété d'enlever les danseurs et de les faire sauter malgré eux ; il serait même question d'introduire la dynamite dans la chirurgie, à titre d'agent d'exérèse ! — Où s'arrêtera-t-on ?

— Mais, me dit-on, où avez-vous pris tout cela ? — Où? un peu partout. Croyez-vous que j'invente ? Le traitement de l'angine de poitrine par la nitro-glycérine est bien connu ; je n'insiste pas, non plus que sur la dynamite-polka. Mais le suicide et la chirurgie à la dynamite ? L'un existe ; l'autre n'est encore qu'à l'état de projet, c'est vrai, mais qui sait ce que l'avenir nous réserve ?

L'an dernier, un anglais hypochondriaque, chose rare comme vous savez, voulant quitter cette vallée de misères par un moyen original, excentrique, se mit dans la bouche une petite cartouche de dynamite, et l'alluma, comme vous et moi aurions fait une cigarette. Une petite détonation, un peu de fumée, et l'homme tomba à la renverse ; c'était fini. Les lèvres, la

mais chacun de son côté, leur manière d'appliquer le feu, la méthode de M. Guérin, pratique et théorie, portée depuis un certain temps déjà à la connaissance du public médical, par un article de M. Brochin, dans la *Gazette des hôpitaux*. L'autorité de pareils noms ne pouvait qu'accréditer la méthode nouvelle. On lui fit bon accueil. J'ai fait comme tant d'autres, et souvent j'ai eu lieu de m'applaudir de l'avoir fait.

En matière de thérapeutique, les indications découlent du rapport qu'il y a entre l'altération morbide et l'action du remède. Dans la question qui nous occupe, le mémoire du 23 septembre 1854 a pris soin de mettre en relief les applications cliniques de la méthode proposée. Dans le cas spécial des maladies de l'appareil respiratoire, M. Guérin ne doit pas avoir eu de peine à se gagner des prosélytes, à juger du moins par le nombre des consultations qui, sous la garantie de noms distingués de Paris et de la province, recommandent, dans de certaines conditions, l'emploi des pointes de feu sur des poitrines malades. Aussi me serais-je modestement abstenu de venir déposer dans cette affaire, si l'auteur du mémoire précité des 11 et 20 juillet 1882 ne se croyait fondé à estimer que sont bien rares ceux qui, comme lui, ont appliqué au traitement des maladies de la poitrine la méthode des cautérisations ponctuées, et s'il ne pressait ceux qui peuvent l'avoir fait de « publier leur manière de procéder ainsi que les résultats fournis par leurs expériences. » — Je réponds sans hésiter à cet appel et je demande à l'Académie de permettre que je porte ma réponse à sa barre; je ne pense pas qu'il soit indigne d'elle d'entendre un second témoin dans la même cause (1).

J'ai donc, depuis longtemps et suivant les données de M. J. Guérin, eu recours aux cautérisations pointillées dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire; je l'ai fait d'abord timidement, rarement, puis avec plus de hardiesse et de confiance; j'ai surtout été amené à le faire sur une plus large échelle depuis que j'exerce dans une de ces stations sanitaires où l'excellence du climat attire, en hiver, tant de personnes qui souffrent de la poitrine.

Au stylet de trousse et à la tringle de fer des premiers temps de la méthode, j'ai de bonne heure substitué de petits cautères olivaires, montés sur un manche fixe et coudés à leur extrémité libre. Leur renflement mesure 10 à 12 millimètres de long sur 5, 6 ou 7 millimètres à son grand diamètre transverse et se termine en pointe mousse, doucement allongée. Faciles à la main, ces petits fers, et faciles à chauffer sur un réchaud quelconque, plus commodément à la flamme vigoureuse d'un éolypile de Maehn, on les fait courir prestement sur la

cation instantanée sur la peau, à l'aide d'une sorte de percussion élastique, de l'extrémité mousse d'une tringle rougie à blanc, ayant 2 à 3 millimètres de diamètre et touchant la peau au plus pendant un quart de seconde, sous forme de points en nombre variable, à la distance les uns des autres de 1 ou 2 centimètres... ustion complète de la couche épidermique de la peau, sans phlyctènes, sans apparence aucune d'inflammation suppurative... »

(1) Cette note, écrite le 25 juillet, a été présentée à l'Académie en séance du 8 août et renvoyée à la commission de la tuberculose.

---

langue, le palais étaient un peu déchirés, mais il est probable que la commotion cérébrale avait été la cause principale de la mort.

Il y a quelques jours, un pauvre ouvrier belge demeurant à Liverdy, dans la Brie, se fit sauter la cervelle de la même manière. Seulement, la dose avait été probablement plus forte, car la détonation fut épouvantable, disent les journaux, et quand les voisins accoururent, ils trouvèrent la chambre remplie d'une telle fumée qu'ils ne purent d'abord distinguer quoi que ce fût. Bientôt ils aperçurent un cadavre horriblement mutilé; le malheureux ouvrier s'était mis, comme l'anglais, une cartouche de dynamite dans la bouche et l'avait ensuite allumée; la tête, broyée, déchiquetée, était complètement détachée du tronc.



Je ne sais pas ce que la chirurgie pourra retirer de ces deux expériences faites *in anima* plus ou moins *vili*, mais j'ai entendu à l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, à propos de la présentation de deux malades ostéotomisés pour *genu valgum*, proposer d'employer la dynamite pour pratiquer cette opération délicate.

L'orateur ne basait pas sa proposition sur les suicides que je viens de vous rapporter, chers lecteurs, mais sur un fait qui l'avait beaucoup intéressé et frappé ces vacances dernières, dans une excursion en Suisse.

Il existe près de Chamounix, je crois, une moraine, qui, suivant le mouvement de déplacement d'un glacier, est venue dégringoler un beau jour dans une vallée, où elle s'est fixée. Figurez-vous un galet ovoïde de 20 mètres environ de diamètre. Ce n'est pas qu'il gêne, malgré la place qu'il occupe, mais les naturels de l'endroit ont pensé que cette pierre très dure

peau bien essuyée et la marteler de pointes de feu légères, superficielles, nombreuses au gré de l'opérateur et dont l'impression cuisante sera sans durée, éteinte qu'elle va être sous une poudre d'amidon ou sous l'apposition d'une feuille d'ouate fine. Voici une bonne vingtaine d'années que je me sers couramment de mes petits fers. Si je ne les ai pas échangés contre un Paquelin ou un Mathieu, ce n'est point par mépris de ce qui est nouveau; c'est une simple affaire d'habitude. L'important, c'est le résultat.

Armé comme je viens de le dire, j'ai fait application de la méthode ignée, souvent avec succès, dans divers cas de dyspnée et de douleurs thoraciques liées, soit à des accidents pleurétiques récents ou anciens, soit à de l'irritation persistante des bronches, quelquefois du larynx; dans des cas d'engorgement pulmonaire, avec ou sans manifestation sur la séreuse, alors que, l'acuité du début enrayée, les phénomènes congestifs ou inflammatoires concentrent leur action sur l'organe atteint, en altèrent la nutrition, en dénaturent le travail fonctionnel et en préparent, ainsi faisant, l'appauvrissement graduel et la destruction.

Pour déloger pareil travail, il faut de toute nécessité une révulsion énergique. Au premier rang qui puisse ici conduire au but, il n'est pas exagéré de placer la méthode ignée de 1854. Par la « stimulation active, directe des émanations périphériques du système nerveux ganglionnaire (Guérin) » la cautérisation pointillée dont « le premier effet est d'appeler énergiquement le sang artériel dans les tissus touchés par le feu (Sedillot), » a pour résultat de déplacer le mouvement fluxionnaire et « de rappeler à son activité normale le travail moléculaire de la nutrition (Guérin). »

De là, le succès de la méthode et les résultats avantageux qu'on lui doit, ceux que je lui dois moi-même dans le traitement de sujets généralement jeunes et fréquemment suspects de prédisposition à la phthisie; résultats assez sérieux et assez durables, dans certains cas, pour que l'on puisse, avec M. Guérin, affirmer le bienfait de la méthode et voir en elle « la ressource la plus puissante et la plus sûre contre la phthisie pulmonaire commençante, chez les jeunes sujets. »

Dans la phthisie confirmée, sans la prendre à ses périodes les plus avancées, mais à ce moment déjà où l'on se trouve en présence d'une modalité morbide qui atteste le passage de l'inflammation légitime aux allures de la forme consomptive, alors la méthode perd de sa valeur. Peut-être bien, en pareil cas, semblera-t-il quelquefois que l'on puisse lui demander encore des services; mais bien pauvres seront et bien illusoires ces services-là; souvent cela conduira à des mécomptes.

Je précise.

Le soulagement qui, dans les conditions de tout à l'heure, était assez bien la règle, devient l'exception; encore cesse-t-il de se produire alors dans des proportions capables de satisfaire et de rassurer le malade, de fortifier son courage et d'entretenir sa confiance. Le soulagement peut même ne pas se produire du tout, et le feu, n'importe le procédé d'application, va ne laisser qu'un agacement désagréable.

---

ferait d'excellentes marches, et on la débite petit à petit par un système très ingénieux : on perce quelques trous en ligne droite à l'aide d'une tarière, on place dans chaque trou une petite cartouche de dynamite, on les réunit par une traînée de poudre qu'on allume, et : toc ! une petite détonation, et un fragment parfaitement rectangulaire, de 30 centimètres environ de large sur 1 ou 2 mètres de long, se détache sans éclats.

« Voulez-vous, continua l'auteur, enlever un morceau du fémur ou du tibia pour les redresser; comme il paraît que l'os est quelquefois éburné et que sa dureté exige de grands efforts et beaucoup de temps par les moyens ordinaires, contentez-vous de percer avec un foret deux ou trois trous suivant la ligne de séparation adoptée, mettez-y un peu de dynamite, et toc! votre fragment osseux sera détaché. » N'est-ce pas ingénieux?

Je ne vous renverrai pas pour plus de détails, chers lecteurs, aux *Bulletins de la Société*, comme on dit; vous chercheriez vainement la mention de cette fantaisie extra-chirurgicale dans les procès-verbaux; elle a été élucubrée, bien plus spirituellement que je ne puis vous la rapporter, dans une petite pièce dépourvue de secrétaire et de journalistes, entre une cigarette et la poignée de mains d'adieux. Si je vous en parle, c'est pour que vous soyez au courant de tout ce qui se passe dans le monde médical, et pour que vous ne soyez pas tentés de dire que l'Union est un journal mal renseigné.

***

Je suis loin d'en avoir fini avec les fantaisies ressortissant à notre monde. En voici deux que je cueille dans l'*Officiel* lui-même :

1° « Par décret ministériel, la chaire de gynécologie de l'Ecole de médecine de Marseille est transformée en chaire d'histologie. » J'ai beau songer, je ne puis comprendre comment une

Sur la femme, phthisique ou non, l'action ignée détermine volontiers, même hors période, le mouvement menstruel. S'il s'agit d'une malade qui a cessé de voir, cela passera pour un retour. Fort bien, pour la première fois. Mais si cela se répète? Et cela se répète... Je ne vois positivement pas qu'il y ait avantage, par des cautérisations dont le nombre et la fréquence seront commandés par l'état pulmonaire, à provoquer des poussées de pseudo-menstrues sur une femme en voie de dénutrition progressive. Ce n'est plus une fonction physiologique que l'on réveille; c'est un travail pathologique que l'on engendre.

A rapprocher de cet ordre de faits celui d'un jeune homme de 19 ans, sur lequel la cautérisation ponctuée, tout en atténuant d'abord assez bien, puis de moins en moins, des douleurs thoraciques à retours fréquents, a, plusieurs fois de suite, été suivie d'épistaxis, une épistaxis insignifiante, mais en somme une détermination hémorrhagique parfaitement inutile.

S'il arrive que la cautérisation pointillée, en déplaçant le mouvement fluxionnaire morbide, aide à arrêter une hémoptysie dans tel cas où il n'y aura qu'atonie ou perversion du travail organique, il arrive aussi qu'elle provoque de l'hémoptysie en déterminant dans les lobules pulmonaires malades une suractivité de la circulation tout à fait au-dessus de leurs forces. Ce résultat, pas plus que les pseudo-menstrues et l'épistaxis dont il vient d'être parlé, ne saurait être un encouragement.

En résumé, la cautérisation pointillée qui a « pour effet de relever, de réveiller, de rétablir l'influence du système nerveux à son rhythme normal (Guérin), » peut rendre d'excellents services dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire. Sans exclure le recours judicieux aux autres agents dont la thérapeutique dispose, elle est une ressource précieuse, « une ressource puissante » contre les accidents bronchiques ou pulmonaires qui, surtout chez les jeunes sujets, aboutissent si souvent à la phthisie.

Dans la phthisie affirmée, évoluant, alors qu'il s'agit non plus d'une simple perversion du travail organique, mais bien de la viciation absolue de ce travail et de la détérioration de l'organisme, la méthode des cautérisations ponctuées perd sensiblement de ses avantages et commande une grande réserve.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans une précédente séance, M. Würtz a déposé sur le bureau une note de M. Mariano, intitulée : *Fermentation directe de la fécule. Mécanisme de cette métamorphose*; elle est assez importante pour que nous croyions devoir la reproduire tout entière.

« Dans une Note précédente, j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie les

chaire de gynécologie peut subir une transformation telle qu'elle deviendra une chaire d'histologie, je ne vois pas bien les phases successives de cette transformation, ni les rapports qui existent entre ces deux chaires et peuvent faire que la création de la seconde puisse remplir le vide laissé par la suppression de la première. Après cela, il y a tant de choses qu'on ne s'explique pas et qui n'en existent pas moins! Par exemple, la relation qui existe entre la fécondation du trèfle rouge et les chats, relation que tout le monde ignorait avant Darwin..... Vous savez évidemment de quoi il s'agit.

La fécondation de la fleur du trèfle rouge se fait par l'intermédiaire du frelon qui, en butinant sur la fleur, transporte le pollen des étamines au pistil. Or, le frelon fait son nid en terre, et ce nid est exposé à être détruit par les souris, surmulots, etc., qui sillonnent les champs de leurs galeries; si donc les nids sont détruits, il n'y a pas de frelons, partant le trèfle rouge n'est pas fécondé, et il n'y a pas de graine pour l'année suivante; mais si les chats vont dans les champs faire la chasse aux souris et autres rongeurs de la même bande, ceux-ci ne détruisent pas les nids de frelons, ceux-ci à leur tour vont féconder le trèfle, qui donne de la graine. Voilà comme quoi ce sont les chats qui font le trèfle rouge. Si vous ne le saviez pas, croyez bien que je suis extrêmement heureux de vous l'avoir appris, et que je n'en suis pas plus fier pour cela.

***

Le second arrêté ministériel a attiré mon attention par la singularité de sa rédaction : « M. le docteur X..., y est-il dit, est chargé d'étudier le meilleur mode d'évacuation des matières fécales. » Pas plus explicite que cela. Vous l'avez lu certainement dans votre journal, cet arrêté, car il a été reproduit dans toutes les feuilles périodiques du matin et du soir.

résultats de mes premières recherches sur la fermentation alcoolique de la fécule non gélatinisée. Le présent Mémoire a pour but de compléter et de généraliser ces observations.

Je rappellerai que les faits qui m'ont mis sur la voie que je poursuis sont connus depuis les temps les plus reculés; ils ont servi aux Indiens de l'Amérique méridionale pour préparer avec le maïs un vin auquel on donne le nom de *chicha.*

D'abord, le maïs est mis à tremper dans de l'eau pendant quatre à six heures. Cette opération n'a d'autre effet utile que de ramollir la matière, qu'autrement il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de réduire en pâte homogène par l'action des moyens primitifs dont on dispose dans ces contrées. Même en admettant qu'il se forme une diastase pendant le temps relativement très court où le maïs reste en contact avec l'eau, il suffit de remarquer que la pâte obtenue est ensuite soumise à l'ébullition, qui anéantit le pouvoir de toute diastase.

Pour mettre hors de cause l'hypothèse de l'action germinative préalable dans les phénomènes en question, je fais l'expérience suivante. Du maïs sec, pourvu de son épiderme, a été réduit en poudre aussi fine que possible; celle-ci a été bouillie avec de l'eau pendant un quart d'heure et le mélange a été abandonné à lui-même dans de grands flacons bouchés avec une feuille de papier. La fermentation ne tarda pas à se déclarer en produisant un liquide fortement alcoolique. J'obtiens donc ainsi la *chicha* sans trempage initial, par conséquent, en dehors de toute transformation germinative préalable des éléments de la graine. De plus, une fois le travail du ferment ralenti, par suite de la présence de l'alcool, on peut le provoquer à nouveau, même à plusieurs reprises, en décantant et ajoutant de l'eau chargée de petites quantités de sels minéraux. C'est donc bien la fécule du fond qui fournit l'alcool directement par l'intervention du vibrion déjà décrit, lequel pullulait dans la masse; et l'on doit admettre que la fécule peut se transformer en sucre et dextrine, et par suite en alcool, en dehors de l'action de tout produit diastasique émanant des cellules végétales.

Une fois bien établies la présence d'un microbe et son intervention dans ces changements, on peut se demander si son action est précédée, aidée ou accompagnée de la formation d'une diastase. Pour résoudre ce point, j'ai dû chercher un antiseptique qui pût me mettre à même d'entraver l'action du micro-organisme à un moment donné, sans toutefois s'opposer à celle de la diastase. L'acide salicylique, qui arrête presque instantanément les mouvements du vibrion, a dû être rejeté, parce qu'il annihile aussi le pouvoir transformateur du ferment soluble. Par contre, le chloroforme, dont la valeur remarquable comme antiseptique a été mise en relief par M. A. Müntz, employé à doses massives, m'a fourni un moyen sûr d'arrêter la fermentation dans le cas présent.

Les expériences ont porté sur le mélange formé de fécule de l'embryon et d'épiderme qui se détache du reste de la graine par l'action du pilon sur le maïs : le vibrion, dont la spore se trouve déposée sur la pellicule de la graine, attaque, même à la température ambiante, la fécule jeune. Voici la manière d'opérer.

J'avoue qu'à la place de mon confrère je serais fort embarrassé. S'agit-il de l'obstruction intestinale? Alors je ne sais pas trop, entre nous, de quoi se mêle l'*Officiel*; il aurait dû se rappeler le four que fit il y a quelques années certain traitement de l'ophthalmie recommandé par le gouvernement et vulgarisé aux 36,000 villages de France par le *Bulletin des Communes.* Si c'est de cela qu'il s'agit, mon rapport serait bien vite fait. Je dirais : Monsieur le ministre, dans une discussion récente à la Société de chirurgie, les membres les plus éminents de ladite Société ont reconnu qu'il y avait trois moyens de procurer l'évacuation des matières fécales : la rectotomie linéaire, la colotomie lombaire, et l'entérotomie inguinale; ils ont déclaré que chacune de ces opérations avait ses indications spéciales, mais n'ont pu se mettre d'accord sur ces indications. Comment voulez-vous que moi, médecin, je puisse me prononcer sur une question que les chirurgiens laissent en suspens? — Veuillez agréer, Monsieur le ministre, etc.

Je crois bien, toute réflexion faite, que ce n'est pas de cela qu'il s'agit, mais des vidanges de notre bonne ville de Paris. Mais qui diable aurait pu se douter de cela d'après la lecture de l'*Officiel*? Il eût été si facile de prendre d'autres mots et de les aligner de façon à en faire une phrase compréhensible pour tout le monde!

***

A propos de vidanges, je dois dire que j'ai changé d'opinion à ce sujet depuis ma dernière *Causerie.* Je disais en effet que j'étais partisan du système de vidange par l'aspiration des matières; mais après avoir pris connaissance du projet qui a le plus de chance d'être adopté, celui de M. Berlier, je suis obligé d'avouer que je considère la chose comme impraticable à

« On épuise par de l'eau saturée de chloroforme le mélange précédent et l'on fait agir le liquide filtré sur de l'empois ; l'action est nulle ou presque nulle.

On expose à l'étuve pendant vingt-quatre heures l'infusion précédente, sans chloroforme cette fois, pour que la fermentation de la fécule s'accomplisse. Si pendant celle-ci le microbe engendre une diastase, elle se concentrera dans le liquide et y apparaîtra faute d'emploi, lorsque l'organisme parvenu au maximum de son développement aura fait disparaître la plus grande partie de la matière fermentescible. Arrivé à ce point, on filtre l'eau mère à travers de la porcelaine dégourdie, sous pression. On obtient un liquide dépourvu d'organismes qui additionné de chloroforme, par excès de précaution, possède un fort pouvoir diastasique sur l'empois. La solution de cette diastase précipite abondamment, sans concentration préalable, par l'alcool absolu, se coagule par la chaleur (75°-76°) en donnant des gros flocons qui surnagent dans un liquide inactif. »

Les faits qui précèdent tendent donc à établir que la diastase est un produit de l'activité vitale du vibrion. Pour donner à cette conclusion tout le poids de la certitude, j'ai ensemencé le microbe dans un milieu formé par de la fécule non gélatinisée et une solution d'albumine artificielle dans l'eau non distillée. L'organisme s'y est développé à merveille et j'ai pu constater que le liquide filtré, additionné d'un excès de chloroforme et soumis à son action pendant quelques heures, possédait un pouvoir diastasique considérable, égal à celui d'un bon extrait de malt.

Maintenant il est aisé de se rendre compte de l'action du microbe sur le grain de fécule. On sait que la diastase n'agit utilement sur la granulose stratifiée qu'à la condition que les couches, d'ailleurs imperméables de celle-ci, soient déchirées au moins sur un point. Telle paraît être en première ligne la tâche du microbe qu'on voit s'agglomérer sur les grains de fécule qui lui servent de proie ; il traverse ses enveloppes, pénètre même à l'intérieur, déversant sans cesse la diastase, qu'il engendre par son action sur les albuminoïdes.

Quand la fermentation de l'amidon a marché convenablement, si l'on place une goutte de la masse sous le microscope, on voit à côté de quelques grains de fécule, très rares du reste, qui ont conservé leur forme, une multitude de lambeaux de cellulose-amidon, sur lesquels se démènent des vibrions qui les entraînent, comme une fourmi colportant un morceau de feuille. Si l'on prolonge suffisamment le temps de la fermentation, la fécule disparaît en entier, quelle que soit la quantité qu'on ait mise en expérience, et même les lambeaux de cellulose-amidon finissent par disparaître.

Les faits observés sur le maïs, comme on pouvait s'y attendre, se reproduisent exactement avec toutes les graines féculentes que j'ai examinées sous ce point de vue (et elles sont déjà nombreuses). Réduites en poudre, additionnées d'eau et soumises à la température de 40°-45°, elles éprouvent immédiatement la fermentation alcoolique dans toute la masse. Il y a apparition d'un microbe, lequel présente les trois formes de vibrions, spores et tubes mycéliaux, qui semblent identiques aux formes correspondantes de celui du maïs. Tous font fermenter

---

cause des deux points suivants : les tuyaux les plus larges n'ont que 40 centimètres de diamètre, et il ne faut pas prodiguer l'eau dans les cabinets, au contraire. Je suis persuadé, en présence de ces deux conditions, que si ce système était adopté par une ville d'une aussi grande étendue que Paris, les tuyaux seraient obstrués avant huit jours. Sans pouvoir entrer ici dans tous les détails que comporterait la question, je suis d'avis que le système d'aspiration est impraticable à Paris, et qu'il faut lui substituer celui de *tout à l'égout*, les égouts devant avoir une pente suffisante, et pouvant être arrosés aussi largement que possible. Quant au déversoir, allez voir, chers lecteurs, les irrigations de la plaine de Genevilliers, et je suis sûr que vous désirerez que la Beauce tout entière soit mise à l'engrais par ce système.

***

Vous vous seriez peut-être figuré, après tout ce qu'on a écrit et dit depuis dix-huit mois sur le service médical de nos troupes en Algérie et en Tunisie, que l'Administration s'était empressée de prendre des mesures pour qu'à l'avenir tous les abus, erreurs, lacunes signalés fussent abolis ou réparés. Eh bien, il paraît qu'il en existe encore. Une colonne expéditionnaire va, m'a-t-on dit, être envoyée dans le sud de l'Algérie, *sans médecin*. On a remis au commandant de la colonne une certaine quantité de médicaments, et c'est lui qui sera chargé de les administrer aux malades.

Vous ne trouverez pas exagéré, je pense, le chiffre de 200 hommes que j'attribue à cette colonne ; or dans cette saison, les malades seront nombreux et les maladies graves, car il faut toujours compter en Afrique avec l'élément palustre ou tellurique, qui aggrave singulièrement les moindres indispositions. Que fera l'officier, par exemple, pour ces cas pernicieux dans les-

facilement et complètement le sucre de lait, la mannite et la dulcite. Dans toutes les graines précédentes germées, on a trouvé le vibrion développé dans l'intérieur des tissus.

Cette propriété du microbe du maïs, de faire fermenter la lactose et la saccharose, trouve une application utile que je dois rapporter ici succinctement : c'est l'obtention du *koumyss.* Il suffit d'ensemencer le vibrion dans du lait tiède additionné de lactose en quantité proportionnelle à la force alcoolique du produit qu'on veut avoir, pour obtenir une fermentation très active, tumultueuse, qui dure huit ou dix jours, tant qu'il reste du sucre à transformer, et qui s'effectue même à la température ambiante. La boisson obtenue, très alcoolique, à peine acide, d'un goût et d'une saveur agréables, renferme de fortes proportions de diastase.

En terminant, je rappellerai qu'un microbe, le *Eurotium oryzæ*, intervient dans la préparation d'une boisson alcoolique que les Japonais se procurent au moyen du riz cuit. Le microbe, en développant son mycélium, réalise sur la graine féculeuse des transformations identiques en tout point à celles qu'y engendrerait la germination [R. W. Atkinson, *Sur la diastase du Kosi* (*Moniteur scientifique de Quesneville*, janvier 1882, p. 7 à 33)].

Le microbe qui fait fermenter l'amidon dans le maïs et en général dans les graines féculentes, et qui se trouve dans la tige de cette céréale, est celui qui produit la fermentation du jus de la canne dans les fabriques de sucre. Ces vibrions sont contenus dans les cellules de la tige de cette plante, où il est facile d'en constater la présence. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE (suite).

M. Hérard demande à répondre quelques mots à ce que vient de dire M. Hardy. Ce n'est pas lui qui a institué dans son service la médication par le sulfate de quinine à haute dose; il a trouvé, à son retour à Paris, cette médication établie par le médecin qui le remplaçait, et les résultats lui en ont paru assez satisfaisants pour qu'il ait cru devoir la continuer. Cette médication, d'ailleurs, n'est pas nouvelle; il y a trente ou quarante ans qu'elle a été mise en pratique par des médecins de grande valeur et excellents observateurs. Louis, chargé de faire un rapport sur ce sujet, sans approuver l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, avait déclaré que cette médication ne lui paraissait pas dangereuse; Blache et Briquet, dans un mémoire très important, disaient l'avoir donné sans inconvénient à la dose de 3, 4 et même 5 grammes par jour; MM. Barthez e Rilliet, Boucher de la Ville-Jossy, d'autres médecins à leur suite, déclaraient avoir obtenu de bons résultats de cette médication, même chez les enfants, et n'avoir jamais observé d'accidents. Le mémoire de Blache et Briquet était basé sur une série

---

quels les médecins eux-mêmes sont fort souvent embarrassés? Il n'a même pas un guide médical à sa disposition. Car, je vous l'affirme, il n'existe pas de livre pouvant servir de guide à l'officier chargé de médicamenter et de panser les soldats dans une expédition dans le sud de l'Afrique. Voilà donc l'officier obligé de demander à son *major*, avant son départ, des conseils sur la manière de soigner ses soldats, de s'improviser, avec ces renseignements sommaires, médecin, chirurgien, pharmacien, et le reste, tout en dirigeant sa colonne avec les soins et la prudence que nécessitent les difficultés de sa mission dans un pays plus ou moins hostile. Allons, messieurs nos confrères de la Chambre et du Sénat, rappelez-vous qu'il manque encore à l'armée trois ou quatre cents médecins pour que les cadres soient complets, et faites en sorte qu'une colonne expéditionnaire ne soit plus envoyée dans le sud de l'Algérie sans médecin.

***

Notre chroniqueur a rapporté, dans sa dernière chronique, l'histoire de mistress Tanner, dont son mari voulait transformer le caractère en la soumettant à un certain régime. Ce fantasque citoyen de la libre Amérique faisait là une expérience relative à un fait dont la démonstration n'est pas nouvelle. Ce n'est pas d'hier que l'on connaît l'influence de l'alimentation sur le caractère; néanmoins je ne savais pas qu'un aliment végétal put transformer à ce point l'humeur bonne ou mauvaise d'une femme. Je savais que l'allaitement pouvait transmettre au nourrisson certaines particularités du caractère de la nourrice, et je n'oublierai jamais l'histoire qui m'a été racontée à ce sujet par un de mes vieux amis.

Une famille, composée de gens honorables de père en fils et de mère en fille depuis X + 1 génération, se vit un beau jour affligée d'un garnement qui volait tout ce qui lui tombait sous

de 43 observations dans lesquelles le sulfate de quinine avait été administré à haute dose, non-seulement sans inconvénients, mais encore avec avantages.

Il parait à M. Hérard que cette médication mérite d'être essayée à nouveau. Pour lui, il croit devoir rester à cet égard dans le doute et la réserve jusqu'à ce que des faits suffisamment nombreux aient jugé définitivement la question.

M. Hérard ne saurait admettre avec M. Hardy que la mort de celui de ses six malades soumis à la médication qui a sucombé à des accidents ataxiques, doive être attribuée au sulfate de quinine. On sait, en effet, combien ces accidents sont communs dans la fièvre typhoïde. M. Hérard ne peut admettre non plus comme une chose démontrée que la mort subite, chez les malades dont a parlé M. Hardy, soit imputable au sulfate de quinine donné à la dose de 2 grammes. Il est habituel de prescrire de pareilles doses du médicament dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et cependant on n'a jamais vu la mort subite arriver par le fait de cette médication. Nous savons, en effet, que des accidents mortels peuvent survenir dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, sans que l'on en puisse accuser le sulfate de quinine.

M. Hérard n'accepte pas davantage le dilemme posé par M. Dujardin-Beaumetz, à savoir que le sulfate de quinine à haute dose ou bien n'est pas absorbé, ou bien donne lieu à des effets toxiques. On a prétendu que le sulfate de quinine administré en cachets n'était pas absorbé et qu'on le retrouvait intact dans les garde-robes. M. Hérard ne peut admettre une pareille proposition; l'enveloppe des cachets, en effet, se dissocie facilement dans les liquides de l'estomac et de l'intestin et le sulfate de quinine ainsi mis à nu est absorbé, comme le prouvent les analyses dans lesquelles on retrouve le sulfate de quinine dans les urines.

Il ne faut pas, suivant M. Hérard, repousser *a priori* l'emploi des médications énergiques qui peuvent avoir, dans les cas graves de fièvre typhoïde, les plus heureux résultats; on peut, sans doute, dans les cas légers ou de moyenne gravité, recourir au traitement classique ou à l'expectation armée, mais on ne doit pas rejeter systématiquement les médications nouvelles.

A ce propos, M. Hérard ne partage pas l'opinion de M. Hardy au sujet de l'hyperthermie. Ce phénomène, à son avis, constitue le symptôme le plus grave des maladies fébriles, de la fièvre typhoïde comme du rhumatisme articulaire aigu. On ne saurait mettre en doute que les bains froids ne soient extrêmement utiles dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Dans la fièvre typhoïde, une température persistante de 40° à 41° indique, quoi que l'on en dise, un état très grave; les bains sinon froids, du moins frais, à 20° ou 21°, les lotions froides, en faisant baisser la température, produisent une amélioration réelle de l'état général. Il ne faut pas dédaigner une telle ressource, de même que l'acide salicylique et l'acide phénique. Celui-ci donné en lavement, à la dose fractionnée de 0,25 à 0,30 centigrammes, non à la dose massive, trop considérable, de 1 à 2 grammes, donne de bons résultats.

Quant à l'acide salicylique, M. Vulpian qui l'a expérimenté l'un des premiers, continue à l'employer avec avantages dans la fièvre typhoïde. M. Hérard, de son côté, l'administre à la

---

la main ; il mentait en proportion. Les parents désolés ne savaient à quel saint se vouer, lorsqu'un jour ils furent appelés à témoigner dans un procès intenté pour vol commis par l'ancienne nourrice de leur fils. Ils en apprirent de belles ; cette malheureuse, qui avait toutes les qualités physiques requises pour faire une excellente nourrice, avait toujours vécu de rapines. Tout le monde fut d'avis que l'enfant avait sucé ses instincts pervers avec le lait de cette femme, et je me range à cette opinion. Voici un autre exemple du même genre.

Il y a nombre d'années, le célèbre médecin américain Caius, ou Kay, ou Key, ou bien encore John Keyes, je ne sais pas au juste comment s'écrit ce nom, mourut à 63 ans d'un cancer de l'estomac. Quelque temps avant sa mort, il tomba dans un état de faiblesse extrême causé par l'inanition ; pour y remédier, on lui conseilla le régime lacté, mais il ne put supporter que l'allaitement au sein. Plusieurs femmes durent être employées, et les résultats du traitement furent des plus curieux. Le malade était maussade et plein d'humeur quand il tetait une femme acariâtre ou qui se nourrissait mal ; il était au contraire aimable, tranquille et charmant quand il prenait le sein d'une femme bonne et gracieuse.

Je n'invente rien, je l'ai lu dans le *New-York medical Record* il y a quelques jours.

SIMPLISSIME.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Faisans (Léon), né à Pau, le 31 mars 1852, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. Brissaud, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Dorveaux est nommé bibliothécaire de la Bibliothèque universelle d'Alger, en remplacement de M. Grandmottet, décédé.

dose de 3 à 4 grammes, et il lui a paru que c'était un bon médicament agissant à la fois comme antiseptique local et comme antizymotique général, capable, à ce double titre, de désinfecter les matières dans l'intestin, comme le charbon, et d'agir sur la masse du sang, de détruire les germes ou microbes, si microbes il y a, d'abaisser la température et de modérer les phénomènes morbides. En un mot, il faut faire la médecine des symptômes; or, l'hyperthermie étant l'un des symptômes les plus graves, sinon le plus grave de la fièvre typhoïde, il faut la combattre par tous les moyens que nous avons à notre disposition, et l'acide salicylique est un moyen excellent.

On objecte que la cessation de l'acide salicylique ramène l'élévation de la température; mais rien ne force à cesser le médicament; on doit le continuer tant qu'il est nécessaire; que si l'on craint les doses élevées, de 6 ou 7 grammes, on peut le donner à la dose de 3 à 4 grammes qui suffit pour amener un notable abaissement de la température; une fois cet effet obtenu, on peut encore réduire la dose de moitié de manière à ne donner que 2 grammes ou même 1 gramme 50; on prévient de la sorte les brusques oscillations de la température, et l'on a l'avantage de laisser au malade le bénéfice de cette modification.

L'acide salicylique est donc un médicament utile que l'on peut donner, dans certains cas de fièvre typhoïde, à dose modérée et même à faibles doses, en toute sécurité et sans faire courir aux malades le moindre danger.

M. Legouest a été très heureux d'entendre M. Hardy déclarer que la fièvre typhoïde peut être traitée par les médications ordinaires avec autant et même plus d'avantages que par les médications nouvellement introduites dans la pratique. Cependant il est un point au sujet duquel il ne partage pas l'opinion de son collègue, c'est celui relatif aux cas de mort subite dont M. Hardy a parlé et qu'il a cru devoir attribuer au sulfate de quinine. M. Legouest ne croit pas que ce médicament puisse être accusé de ces accidents. En effet, il y a des épidémies dans lesquelles la mort subite est fréquemment observée. Pendant les premiers temps de notre expédition de Tunisie, il a été constaté un nombre considérable de morts subites chez de jeunes soldats atteints de fièvre typhoïde; cet accident arrivait par syncope et non par le fait du sulfate de quinine.

Quant au fait de la non-absorption du médicament administré sous forme de cachet, M. Legouest déclare que ce fait est absolument authentique et ne saurait être révoqué en doute; il lui a été affirmé par un médecin très digne de foi qui, ayant prescrit à un jeune homme atteint de fièvre typhoïde des cachets de sulfate de quinine, a vu ce jeune homme, pendant sa convalescence, rendre intacts dans ses garde-robes tous les cachets de sulfate de quinine pris pendant la maladie. Cela ne doit pas surprendre si l'on réfléchit que, dans la fièvre typhoïde, les actions organiques sont généralement entravées.

M. Legouest se propose de communiquer plus tard les résultats des divers traitements employés dans la fièvre typhoïde dans l'armée, lorsqu'il aura reçu tous les documents qu'il attend sur ce sujet.

M. Dujardin-Beaumetz appuie complètement la manière de voir de MM. Legouest et Hérard sur la question de la mort subite dans les cas rappelés par M. Hardy, et qui auraient été soi-disant déterminés par des doses de 2 grammes de sulfate de quinine. M. Dujardin-Beaumetz a eu, dans son service, un cas de mort subite chez un malade qui cependant n'avait pas pris un atome de sulfate de quinine.

Quant à la question de l'absorption ou de la non-absorption du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, M. Dujardin-Beaumetz, pour la résoudre, se base sur les faits mêmes relatés par M. Hérard. Les malades ainsi traités dans le service de M. Hérard n'auraient pas, d'après lui, éprouvé les bourdonnements d'oreilles que déterminent les hautes doses de sulfate de quinine. Il est donc probable que les 2 ou 3 grammes prescrits par M. Hérard n'ont pas été absorbés.

En ayant l'air de viser M. Hérard dans les critiques qu'il a déjà adressées à la dernière communication de son collègue, M. Dujardin-Beaumetz déclare qu'il visait en réalité les auteurs allemands qui, dans ses derniers temps, reprenant les doctrines qui avaient cours en France il y a vingt ou trente ans, ont donné le sulfate de quinine à haute dose, à la dose de 4, 5 et même 6 grammes par jour. On a même vu des médecins allemands administrer d'un seul coup 4 grammes de sulfate de quinine dans le but d'abaisser la température. M. Dujardin-Beaumetz estime cette pratique inutile et dangereuse. Suivant lui, l'hyperthermie n'est qu'un des caractères, une des manifestations de la maladie, ce n'est pas la cause qui en détermine la gravité, elle traduit seulement l'état de l'économie. Cela est si vrai qu'il y a eu des malades traités par la réfrigération, qui sont morts avec un abaissement considérable de la température, ainsi artificiellement obtenue, comme s'ils avaient été *frappés au champagne*, suivant une expression spirituelle et pittoresque.

En ce qui concerne l'application de la statistique dans les épidémies, en particulier dans celles de fièvre typhoïde, M. Dujardin-Beaumetz estime cette application mauvaise dans l'espèce. Quoi qu'en ait dit M. Jules Rochard dans son très éloquent discours, on ne peut pas ne pas tenir compte de ce que l'on a de tout temps appelé le *génie épidémique*, le *quid ignotum*, le *quid divinum* d'Hippocrate. Quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, ce *génie* ou cet *inconnu*, comme on voudra l'appeler, n'en existe pas moins, et c'est lui qui donne aux épidémies leur caractère de bénignité ou de gravité. C'est cet inconnu qui modifie les formes sous lesquelles se présentent les épidémies, formes variées alors que les conditions de salubrité restent les mêmes.

L'application de la statistique à cet ordre de faits est donc une œuvre difficile et presque impossible; ses résultats sont illusoires. En effet, si M. Dujardin-Beaumetz avait tiré des conclusions de la série de 87 cas dans laquelle il n'avait eu que 4 morts, quelle déception n'eût-il pas éprouvée, car quelques jours après, il recevait dans ce même service 3 malades qui sont morts tous les 3! Les statistiques donnent donc des différences énormes, suivant les circonstances. Il est des épidémies dans lesquelles tout réussit, il en est d'autres dans lesquelles tout échoue, bien que les conditions de la maladie semblent être les mêmes, du moins en apparence. Il est donc impossible de baser aucune induction sur les résultats des statistiques de la fièvre typhoïde.

(La discusssion sera continuée.)

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES DÉSINFECTANTS ET DE LA DÉSINFECTION, par E. VALLIN, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce, etc. Paris, G. Masson, éditeur; 1883.

Il suffit d'énoncer le titre de cet ouvrage pour en faire ressortir tout d'abord l'actualité et l'opportunité. C'est comme le couronnement nécessaire et attendu de tout l'édifice médical qui s'élève de nos jours et qui a pour base l'infection sous toutes ses formes, miasmatique, virulente ou parasitaire. On n'a pas oublié le service rendu aux chirurgiens par le livre de notre ami le docteur Lucas-Championnière, « La chirurgie antiseptique », qui a eu le mérite de vulgariser et de mettre entre les mains de chacun les procédés de Lister. Pareille fonction et aussi pareil succès reviennent au livre de M. Vallin, qui nous présente le répertoire et le code complet de la désinfection, l'une des pratiques les plus efficaces et les plus sûres de l'hygiène active. On y trouve le tableau et l'appréciation de tous les moyens actuellement en notre pouvoir pour la destruction des principes infectieux, supposés ou reconnus causes de maladies; les très nombreuses recherches poursuivies, en France et à l'étranger, sur cette vaste question, trouvent ici leur place, et parmi elles, on sait le rang honorable qu'ont acquis les travaux personnnels de l'auteur sur plusieurs des grands problèmes de l'hygiène.

Les détails historiques qui servent d'introduction à l'ouvrage nous montrent déjà les héros d'Homère faisant de la désinfection sans le savoir, et brûlant du soufre pour purifier leurs palais. Ovide chante la flamme azurée du soufre vierge, dont la fumée, arrivant jusqu'à la brebis, provoque ses bêlements; ce qui est une façon poétique de faire comprendre tout ce qu'il y a de désagréable à respirer de l'acide sulfureux. Cette pratique si ancienne de la combustion du soufre est encore un des meilleurs procédés de désinfection que nous possédions aujourd'hui, et le chapitre consacré à l'acide sulfureux abonde de détails intéressants sur ses nombreuses applications pour la purification des locaux de toute sorte; on y remarquera aussi les ingénieuses expériences instituées pour découvrir le degré de pénétration des vapeurs sulfureuses, et leur innocuité pour la plupart des vêtements et objets mobiliers. Depuis que la désinfection par l'acide sulfureux a été régulièrement introduite dans l'hygiène militaire, nous lui devons déjà de beaux succès, parmi lesquels je pourrais citer l'arrêt d'une épidémie de fièvre scarlatine, après sulfuration des chambres où étaient apparus les premiers cas.

Les désinfectants aussi énergiques que l'acide sulfureux et les puissants réactifs de la chimie moderne, ne sont pas les seuls qui aient une action réelle; et parmi les représentants inoffensifs du règne végétal, nous en trouvons qui jouissent d'une action antiseptique bien établie. Ainsi, la poudre et l'infusion de fleurs de camomille ont donné à Pringle de très curieux résultats pour la conservation de la viande; les feuilles de noyer ne sont pas moins actives pour la désinfection des plaies ou ulcères de mauvaise nature; enfin, parmi les végétaux, il en est un que je soupçonne de propriétés antiseptique peut être bonnes à vérifier; c'est le *quassia amara* dont la macération, médicament banal dans les dyspepsies simples, semble résister

indéfiniment à toute altération, aux moisissures et fermentations qui atteignent si rapidement tous les liquides ainsi préparés. Il se pourrait donc que l'on trouvât dans le quassia amara un antiseptique de plus à ajouter à la liste déjà longue des végétaux désinfectants. Si cela était, et que le quassia devint bon à quelque chose, hors de l'estomac, je m'inscris ici pour mes droits de priorité.

Une des révélations les plus curieuses du livre de M. Vallin est assurément celle qui concerne l'emploi, aujourd'hui répandu en Angleterre, de la terre desséchée pour la désinfection des déjections humaines. Ce qu'on obtient par ce moyen si simple mériterait de trouver son application dans les campagnes, où tant de causes d'infection s'entretiennent sans atténuation; et pour l'hygiène des camps, l'utilité du *earth system* a déjà fait ses preuves chez nos voisins. Et l'avenir ne serait-il pas là, pour la grosse question des vidanges dans les grandes villes?

La soustraction de l'humidité permet la conservation des matières végétales et animales, témoin la *carne secca* dont se nourrissent les peuplades du Brésil et de la Plata. Nous faisons journellement usage de la dessiccation pour préparer et conserver ces poudres de viande, qui sont d'un si grand secours pour l'alimentation artificielle des phthisiques, pour la restauration de l'appétit chez les vieux dyspeptiques, notamment les alcooliques. Et à ce propos, j'ajouterai, après expérience faite, que la viande desséchée *dans le vide*, puis pulvérisée, me paraît supérieure à la viande qui a subi l'action de la chaleur, et dont la poudre garde un goût empyreumatique, analogue à celui du célèbre bouillon Liebig,

Le danger de la plupart des agents désinfectants ou antiseptiques, c'est leur action irritante ou caustique sur nos tissus. Le chlorure de zinc, le sublimé, les grands acides minéraux, si puissants pour la destruction des germes, demandent à être maniés avec précautions; l'acide phénique a donné lieu à de graves accidents de gangrène, et l'on voit, par les expériences précises que rapporte M. Vallin, que sa puissance antiseptique n'est pas des plus intenses. Aussi lira-t-on avec un intérêt particulier les chapitres consacrés à certains antiseptiques non irritants, et qui mériteraient peut-être de prendre une plus grande place dans la pratique : tels sont l'acide borique et les borates, dont la valeur antiseptique a été amplement démontrée par les expériences de M. Dumas, et que l'industrie a utilisés sous le nom de *sel de conserve*; tels sont aussi les salicylates, dont l'introduction dans les aliments et les boissons a si fort ému le public et les autorités.

Le livre de M. Vallin se divise en deux parties, *Désinfectants* et *Désinfection.* La première partie passe en revue tous les agents ou procédés de désinfection, depuis les plus humbles, comme la terre sèche et le goudron, jusqu'aux plus scientifiques, comme l'ozone et l'éther azoteux; la valeur de chaque procédé est appuyée par la relation de toutes les expériences entreprises à son sujet, expériences qui ne visent pas seulement la désinfection appréciable à nos sens, mais aussi l'action destructive sur les liquides virulents et les bactéries.

La deuxième partie qui nous donne, non plus la matière, mais la pratique de la désinfection, suit une gradation qui commence au lit du malade (désinfection des plaies), et aboutit aux applications publiques de l'hygiène, à ce qu'on pourrait appeler l'hygiène d'Etat : désinfections industrielle, municipale, des ports de mer, des halles et marchés, des égouts, etc. L'assainissement des champs de bataille forme le dernier terme de cette longue série, fertile en aperçus sur les horizons qui s'ouvriraient en tous sens à l'hygiène mieux comprise et plus relevée, et sur les conquêtes déjà réalisées depuis un temps peu éloigné. Le soin extrême qui se révèle dans cette seconde partie de l'ouvrage doit donner à celui-ci ses entrées dans toutes les bibliothèques et le faire mettre en évidence, et à la portée de quiconque peut quelque chose pour l'hygiène privée ou publique. A toutes les questions que peut soulever l'assainissement dans son acception la plus large, le livre de M. Vallin donne une réponse précise et pratique, comme un dictionnaire bien conçu. Beaucoup donc y puiseront les indications nécessaires qu'ils auraient méconnues, tant qu'elles étaient disséminées dans la littérature médicale. Nous les possédons aujourd'hui, coordonnées, expliquées et mises en lumière par un des hygiénistes les plus autorisés de notre pays. Si le public apprécie surtout les services que lui rendra un pareil livre, nous, nous apprécierons en plus le labeur et l'érudition qui ont permis de réunir et d'analyser tant de matériaux, non dépourvus parfois d'aridité; et ces mérites, l'une des hautes distinctions réservées aux ouvrages les plus utiles dans les sciences médicales, ne peut manquer de les consacrer.

LUBANSKI.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 10 au 16 novembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès: 1,002. — Fièvre typhoïde, 120. — Variole, 6. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 27. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 38. —

Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchites aiguës, 23. — Pneumonie, 65. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 47 ; au sein et mixte, 22 ; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86 ; circulatoire, 55 ; respiratoire, 66 ; digestif, 53 ; génito-urinaire, 14 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 5. — Après traumatisme, 2. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 2.

Conclusions de la 46e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,097 naissances et 1,002 décès.

Les nombres des décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,111, 1,077, 995, 1,119. Le chiffre de 1,002 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Diphthérie (27 décès au lieu de 45) pendant la 45e semaine ; la Variole (6 au lieu de 9).

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (120 décès au lieu de 112) ; l'Érysipèle (9 au lieu de 5).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par Rougeole (au lieu de 14), 4 décès par Infection puerpérale et 1 par Scarlatine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (294 malades reçus du 6 au 12 novembre au lieu de 341 entrés pendant les 7 jours précédents), et supérieur pour la Diphthérie (32 au lieu de 28). Il a été admis 15 malades atteints de Variole ; le même chiffre avait été constaté dans le dernier bulletin.

Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de s'effrayer de l'augmentation signalée plus haut sur le chiffre des décès typhoïdiques. Le grand nombre de malades encore en traitement dans les hôpitaux et celui, non moins considérable, sans doute, mais dont nous ne saurions mesurer exactement l'importance, des malades soignés à domicile, font comprendre qu'un accroissement aussi faible de décès puisse se produire d'une semaine à l'autre sans indiquer pour cela un arrêt dans la marche toujours décroissante de l'épidémie.

Si on veut avoir la preuve de l'amélioration survenue depuis un mois, il suffit de relever la succession des chiffres de malades admis dans les hôpitaux durant les dernières semaines. On voit que les entrées par fièvre typhoïde ont été de 1001 (41e semaine), 741, 406, 428, 341, et 294 (46e).

Il est d'ailleurs remarquable de constater combien peu l'élévation des chiffres des décès dus à la fièvre typhoïde a influé sur la mortalité générale. C'est ce que fait ressortir la comparaison de la présente année avec celle qui l'a précédée. En 1881, du 1er août au 15 novembre (31e à la 46e semaine), il y a eu à Paris 590 décès par fièvre typhoïde ; pendant la période correspondante de 1882, on en a compté 1779 — c'est-à-dire 1189 décès en plus, tandis que l'ensemble des décès a été, pour ces mêmes semaines, de 15,751 en 1881 et de 16,269 en 1882. Cette dernière année a donc présenté un excédent de 482 décès, ce qui prouve que le surcroît de décès imposé par l'épidémie régnante a été, dans une certaine mesure, compensé par une atténuation de la mortalité ordinaire des autres affections.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

— M. le docteur Ollivier, agrégé, médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis.

— Par décret en date du 31 octobre 1882, le travail des enfants est interdit dans les établissements dénommés ci-après :

Fabrication d'acide salicylique au moyen de l'acide phénique, à cause des émanations corrosives.

Fabrication du celluloïde et produits nitrés analogues, à cause des vapeurs nuisibles, des dangers d'explosion ou de brûlures.

Ateliers de façonnage du celluloïde et produits analogues, à cause des dangers d'explosion ou de brûlures.

Fabrication des chlorures de soufre, à cause des émanations nuisibles.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 novembre 1882,

Par le docteur DU CASTEL, médecin du Bureau central.

Juillet, Août et Septembre.

Pendant le troisième trimestre de 1882, les conditions atmosphériques ont présenté les caractères suivants :

La température moyenne n'a pas dépassé 16°5, alors que l'élévation thermométrique normale de cette période de l'année est de 17°9. C'est surtout pendant le mois d'août que le peu d'élévation de la température a été sensible, puisque la moyenne de ce mois est restée de près de deux degrés au-dessous de la normale.

La hauteur des pluies a été considérable; elle a atteint 180 millimètres alors que la normale n'est que de 150.

Les vents ont pendant la plus grande partie du trimestre soufflé du Sud.

La tension électrique a été peu considérable. La pression barométrique moyenne a été très faible, 753mm 8 au lieu de 755.

En résumé, température moyenne basse, pression barométrique faible, pluies abondantes, tels ont été les principaux caractères de l'état atmosphérique pendant le troisième trimestre de 1882.

Tableau indiquant les principaux caractères de l'*état atmosphérique* à Paris pendant le troisième trimestre de 1882 (1).

Vents prédominants :

Juillet.....	Vents de N à SE polaires.	8 jours.	Vents de S à NO équatorianx.	19 jours.
Août......	— —	5 »	— —	24 »
Septembre .	— —	12 »	— —	11 »

1882 — MOIS	TEMPÉRATURE A L'OMBRE.				BAROMÉTRIE —	HYGROMÉTRIE		ÉLECTROMÉTRIE —
	Moyenne des maxima.	Moyenne des minima.	Moyenne	Écart de la moy. normale.	Pres. moyenne à midi. La norm. est de 755,0	Humidité atmos. dans le j.	Hauteur des pluies.	Tens. moy. (Élém.Dll) dans le jour.
					MM.		MM.	
Juillet..............	+23°4	+12°3	+17°8	— 1°4	754.3	62.4	45.1	± 30
Août...............	+21°9	+12°5	+17°2	— 1°7	755.0	67.1	64.4	± 28
Septembre.	+18°6	+10°2	+14°4	— 1°1	752.1	76.9	71.2	± 42
Moyenne	+21°3	+11°7	+16°5	— 1°4	753.8	68.8	180.7	± 33

(1) D'après les documents recueillis à l'observatoire de Montsouris, sous la direction de M. MARIÉ-DAVY.

La *mortalité générale* dans les hôpitaux est restée, pendant le troisième trimestre de cette année, au-dessous du chiffre qu'elle avait atteint pendant la période correspondante de l'année précédente : 3,549 décès au lieu de 3,650. Cette diminution de 100 décès esl d'autant plus remarquable que, pendant ce trimestre, la population hospitalière a été plus nombreuse que de coutume, l'administration de l'Assistance

publique ayant été contrainte, par l'épidémie de la fièvre typhoïde, d'augmenter considérablement le nombre de ses lits; l'état sanitaire de Paris aurait donc été excellent, si cette épidémie n'était survenue.

MORTALITÉ GÉNÉRALE des Hôpitaux et Hospices civils DE PARIS	DÉCÈS PAR MOIS Juillet	Août	Septembre	TOTAUX trimestriels.	MORTALITÉ MOYENNE du trimestre correspondant des dix dernières années.	ÉCART
Troisième trimestre 1881 :						
Hôpitaux.........	1152	1097	991	3240	2465	+ 775
Hospices.........	176	118	117	411	546	— 135
Totaux........	1328	1215	1108	3650	3011	+ 640
Troisième trimestre 1882 :						
Hôpitaux.........	1052	1075	998	3125	2551	+ 574
Hospices.........	153	136	135	424	561	— 137
Totaux........	1205	1211	1133	3549	3112	+ 487

§ I. — Affections des voies respiratoires.

Les affections des voies respiratoires, dans leur ensemble, ne paraissent pas avoir été sensiblement plus fréquentes, sensiblement plus meurtrières que pendant la période correspondante de l'année dernière; cependant deux maladies ont atteint des proportions exceptionnelles, ce sont la pleurésie d'une part, la tuberculose de l'autre; la pleurésie a été tout particulièrement fréquente et grave, le chiffre des admissions ayant augmenté d'un tiers, celui des décès s'est élevé de 38 à 59 ; c'est là une élévation considérable, à laquelle les vicissitudes de la température n'ont probablement pas été étrangères; mais il est intéressant de voir que dans un moment où le chiffre de la morbidité et de la mortalité de la pleurésie augmentait d'une façon aussi marquée, le nombre des pneumonies soit resté sensiblement le même ; celles-ci, du reste, étant le plus habituellement bénignes et de forme catarrhale.

Affections des Voies respiratoires dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris.	TROISIÈME TRIMESTRE DE 1881-1882 Juillet Mouv	Juillet Décès	Août Mouv	Août Décès	Septembre Mouv	Septembre Décès	TOTAUX Mouv	TOTAUX Décès	TOTAUX P.p.100
Troisième trimestre 1881 :									
Phthisie pulmonaire..............	565	266	518	291	493	258	1576	815	»
Pneumonies....................	237	68	194	56	139	34	568	158	27
Bronchites.....................	532	45	469	24	410	34	1411	103	7
Pleurésies.....................	128	12	124	11	112	15	366	38	10
Troisième trimestre 1882 :									
Phthisie pulmonaire..............	730	276	756	316	728	289	2214	881	39
Pneumonies....................	247	49	205	60	134	61	586	170	29
Bronchites.....................	407	26	329	11	357	22	1093	59	5
Pleurésies.....................	187	15	152	23	146	21	485	59	12

Hôpital Beaujon. — Service de M. Millard : « *Pneumonies et pleurésies.* Nous avons observé 12 cas de pneumonie aiguë (1 femme, 11 hommes) et 4 cas de pleurésie aiguë (4 hommes), tous terminés par la guérison.

Sur les 12 cas de *pneumonie,* 7 occupaient les sommets 3 à droite, 3 à gauche et 1 les deux sommets à la fois.

Les 3 cas du sommet gauche étaient compliqués de pleurésie. Chez l'un d'eux, la pleurésie n'est survenue que cinq jours après la défervescence sans doute à la suite d'un nouveau

refroidissement, est devenue purulente et s'est terminée heureusement par une série de vomiques qui ont duré du 13 juillet au 29 septembre, c'est-à-dire plus de deux mois.

Dans 3 eas de pneumonie, nous avons constaté une albuminurie légère.

Les 4 cas de *pleurésie* siégeaient tous du côté gauche; l'épanchement était fort peu abondant et s'est résorbé rapidement. »

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy : « *Pleurésies.* Le nombre des pleurésies a été considérable dans le dernier trimestre. La cause en est probablement dans les conditions météorologiques si défavorables de cet été : variations fréquentes de température, pluies continuelles, etc.

21 pleurétiques sont entrés dans mon service et ont été traités la plupart par mon ami et collègue le docteur R. Moutard-Martin qui me remplaçait.

Deux de ces malades sont morts : l'un, qui était un homme de 60 ans, était entré avec de l'asthme et un épanchement du côié droit. Le lendemain, il succomba subitement. L'autopsie ayant été refusée, on ne put être renseigné sur la cause de cette mort subite et imprévue.

L'autre était une femme atteinte d'accidents puerpéraux qui se compliquèrent de *pleurésie purulente.* En moins de quatre semaines, elle fût ponctionnée trois fois et subit l'opération de l'empyème. Elle monrut quelques jours après cette opération, avec tous les symptômes de l'infection purulente et une vaste eschare à la région sacrée.

Les 19 autres pleurétiques guérirent. Dans ce chiffre, nous comptons 18 hommes et une femme seulement. Les épanchements étaient assez abondants pour que sept fois la ponction fût pratiquée. Une seule fois elle dut être renouvelée.

Il est à remarquer que *la guérison fût beaucoup plus lente chez les malades qui ne subirent pas la ponction,* et qui par conséquent ont présenté des pleurésies plus légères en apparence et des épanchements moins considérables.

Pneumonies. Quoique le troisième trimestre ne soit pas celui où l'on observe le plus fréquemment la pneumonie, il en a été reçu 13 dans mes salles de Cochin, sur lesquelles 3 se sont terminées par la mort. Il est vrai que deux de ces malades ont succombé, l'un le jour même, l'autre le lendemain de l'entrée à l'hôpital, tous les deux avec de l'hépatisation grise, tous les deux avec le délire alcoolique, et l'un des deux même ayant une affection grave du cœur et de l'aorte (athérome et insuffisance aortique).

Parmi les 10 qui ont guéri, qui tous étaient des hommes, la plupart étaient des alcooliques et la maladie a été grave. Les *injections d'éther,* dans plusieurs cas, *ont eu de très bons résultats* et ont concouru pour une bonne part dans la guérison.

A partir du mois de septembre, les *formes catarrhales ont paru dominer* et rendu le pronostic plus favorable. »

Hôpital Trousseau. — Service du docteur Cadet de Gassicourt : « Deux enfants ont été atteints de pneumonie lobaire et ont guéri, selon la règle.

Deux broncho-pneumonies ont été également suivies de guérison; l'une était primitive, l'autre consécutive à la rougeole.

Une congestion pulmonaire aiguë double, deux bronchites simples se sont terminées favorablement, sans incident digne d'être noté. »

II. — Diphthérie.

« La diphthérie, nous écrit M. Cadet de Gassicourt, semble avoir perdu une partie de sa gravité terrible. Cet adoucissement n'est que relatif, il est vrai, mais quand on songe à la violence habituelle de cette maladie, qui, d'année en année, paraît s'accroître, on se réjouit à moindres frais..... Est-ce à l'emploi de l'acide phénique et aux pulvérisations constantes d'eau phéniquée dans notre pavillon que sont dus ces nombreux succès ? En devons-nous rendre grâces seulement aux mois d'été et à une série favorable ? L'avenir jugera. »

L'adoucissement de la diphthérie signalé par notre collègue a été un fait général pendant ce trimestre et la maladie a présenté une atténuation notable; le nombre des décès qui, l'an dernier, avait été pour la ville de 536, est tombé au chiffre de 432 ; dans les hôpitaux, le nombre des admissions a été de 246 au lieu de 285, et celui des décès de 160 au lieu de 173. Il y a donc eu cette année une amélioration marquée sur la période correspondante de l'année dernière; il y a eu améliora-

tion sur le trimestre précédent (1), mais cette atténuation est normale, régulière, imposée par l'évolution saisonnière; il est donc, malgré son importance, impossible de savoir si elle va persister et de prévoir exactement les proportions de l'exacerbation que la période d'élévation saisonnière normale nous amènera.

Diphthérie dans les hôpitaux de Paris — CROUP ET DIPHTHÉRIE — Mouvement. — Décès. — Proport. cent.	Juillet		Août		Septembre		TOTAUX TRIMESTRIELS		
	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Mouv	Décès	Prop. p. 100
Troisième trimestre 1881 :									
Diphthérie	47	24	68	33	42	19	157	76	48
Croup	54	40	45	39	29	18	128	97	75
Totaux	101	64	113	72	71	37	285	173	60
Troisième trimestre 1882 :									
Diphthérie	51	22	34	13	29	14	114	59	51
Croup	43	35	45	32	44	34	132	101	76
Totaux	94	57	79	55	73	48	246	160	65

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. Cadet de Gassicourt : « La diphthérie elle-même semble avoir perdu, pendant les mois de juillet et d'août, c'est-à-dire pendant le temps où je fus chargé du service du pavillon Bretonneau, une partie de sa gravité terrible. Cet adoucissement n'est que relatif, il est vrai, mais quand on songe à la violence habituelle de cette maladie, qui, d'année en année, parait s'accroître, on se réjouit à moindres frais.

Le nombre des diphthériques reçus en juillet est un peu supérieur à celui du mois d'août : 49 malades (25 garçons, 24 filles) en juillet. 36 malades (17 garçons, 19 filles) en août. Au total, 85 malades. Or, sur les 85 malades pris en bloc, 31 ont guéri, 54 sont morts. C'est là un chiffre de guérisons supérieur à celui que nous observons d'habitude. Nous étions, il est vrai, en été, mais l'année dernière, à pareille époque, les résultats avaient été sensiblement moins favorables.

En décomposant maintenant ces chiffres bruts, nous trouvons : 27 angines diphthéritiques, 1 diphthérie nasale et 57 croups.

La diphthérie nasale a guéri, mais ce ne sont pas les angines qui ont bénéficié de l'adoucissement relatif de la diphthérie, car sur 27 malades 13 ont succombé : presque la moitié. Or je me rappelle un temps, peu éloigné de nous, où les deux tiers des malades atteints d'angine sans croup guérissaient, et si je faisais remonter plus haut mes souvenirs, je trouverais une proportion de guérisons bien plus grande encore.

Ce sont donc les croups, et particulièrement les croups opérés, qui ont élevé, en juillet et août, la proportion des terminaisons favorables. En effet, sur 8 croups non opérés, 6 ont guéri, et sur 49 trachéotomies, 12 ont été suivies de guérison. Ces 12 succès ont été obtenus chez des enfants âgés de 2 à 10 ans; au-dessous de 2 ans, 5 opérations faites ont donné 5 morts. Nous sommes donc arrivés à une proportion de près de 24 p. 100. Depuis longtemps nous ne nous étions pas élevés à ces hauteurs dans notre service hospitalier.

Est-ce à l'emploi de l'acide phénique et aux pulvérisations constantes d'eau phéniquée dans notre pavillon que sont dus ces nombreux succès? En devons-nous seulement rendre grâce aux mois d'été et à une série favorable? L'avenir jugera. »

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Le nombre des décès en ville avait été de 728; le nombre des admissions dans les hôpitaux de 378 ; le chiffre des décès de 267.

MOMIE D'UNE GUÊPE. — Parmi les momies récemment découvertes sur les rives du Nil par M. Maspero, directeur du musée du Boulaq, on en cite une extrêmement curieuse. Cette momie trouvée à Deir-el-Baharl, était enveloppée, selon l'usage de l'époque thébaine, de guirlandes de fleurs. Au moment de l'enterrement, une guêpe, attirée par les fleurs entra dans le cercueil. Elle s'y est conservée intacte et fournit aux entomologistes l'exemple, probablement unique, d'une momie de guêpe. Sa mort remonte à 3,550 ans, et c'est le seul insecte d'une aussi haute antiquité ayant une date certaine.

CLINIQUE MÉDICALE

DU SOUFFLE TRICUSPIDIEN A LA POINTE (1);

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 juillet 1882,

Par le docteur P. Duroziez,

Ancien chef de clinique de la Faculté, président de la Société de médecine de Paris.

Remarques. — L'insuffisance de la tricuspide est à peu près pure. Le ventricule droit est hypertrophié. Le pouls veineux est net. Le souffle est noté successivement : Sur toute la surface du cœur. — Bien détaché à la pointe. — Intense à la pointe et se propageant peu à droite. S'entendant sur la partie inférieure de la matité précordiale, sur une hauteur de 4 centimètres, depuis la pointe jusqu'au bord gauche du sternum, non perçu à droite, ni le long du bord gauche du cœur. — Le long du bord inférieur du cœur et en bas du sternum, moins net à gauche qu'à droite. — Maximum sur la ligne inférieure du cœur auprès du sternum, se propageant peu le long du sternum.

Donc le souffle ne s'étend pas à gauche du cœur, ne dépend pas de l'insuffisance mitrale; de la pointe au sternum, il varie, tantôt n'étant entendu qu'à la pointe, tantôt le long du bord inférieur et sur une surface plus ou moins grande, mais ne passant pas à droite du sternum et ne s'étendant pas sur la moitié supérieure du sternum. L'autopsie ne permet pas d'attribuer une part quelconque du souffle à la mitrale.

Lebounice, 70 ans, asthmatique. Pouls veineux considérable. Battement du creux épisgastrique. Matité sous les espaces droits. Souffle en jet de vapeur à gauche, se propageant peu à droite. Sous le sternum, on entend un double bruit dur, mais le souffle ne se propage pas.

Chez la femme Boursy, âgée de 67 ans, l'insuffisance tricuspide est démontrée par le pouls veineux et les accidents généraux; le souffle en jet de vapeur n'existe qu'à la pointe.

Il faudrait admettre que dans ces cas la tricuspide insuffisante ne souffle pas. On entend un souffle vers la pointe; on dit de suite : insuffisance mitrale; on admet bien l'insuffisanee tricuspide, mais on pense qu'elle ne donne par de souffle. Nous pensons, nous, que chez ces emphysémateux asthmatiques le souffle de la pointe est dû à la tricuspide. C'est un cas qui se présente souvent chez les vieillards.

Dans l'observation suivante, nous trouvons un piaulement à la pointe seule, et il est difficile d'admettre une insuffisance mitrale; toutes les probabilités sont pour une insuffisance de la tricuspide ou du moins pour l'arrêt d'un caillot dans le ventricule droit ou dans les cavités droites.

Chauvin, 22 ans, garçon de cuisine, né à Joigny, entre le 21 juin 1867 à l'hôpital de la Charité. Il a toujours été bien portant jusqu'à l'époque où une roue de voiture lui a passé sur le cou-de-pied gauche il y a un ou ou deux mois. Il est resté quinze jours à Necker, puis quinze jours à Vincennes. Là il a craché du sang pour la première fois. Il est sorti, et, quelques jours après, à la suite d'une grande course, il a senti une douleur très vive au mollet gauche, et souffrant de tout le corps et surtout du côté droit de la poitrine, sans palpitations, il est entré dès le lendemain à la Charité.

Nous constatons un piaulement au premier temps à la pointe; un second claquement sonore, presqu'un peu soufflant et piaulant. Le cœur mesure 10 centimètres en hauteur sur 15 en largeur. Le pouls est à 84, assez développé. Les veines des jambes sont dures, remplies de caillots des deux côtés; les jambes ne sont pas œdémateuses. La respiration est généralement rude.

28 juin. Même piaulement ayant son maximum à la pointe, s'entendant sur toute la surface du cœur, mais davantage au niveau des cavités gauches. Second claquement sonore. Les jugulaires sont toujours pleines, non distendues, sans pouls. Même saillie des veines des jambes sans œdème. Douleur à la pression le long de l'iliaque droite jusque sur le trajet de la veine cave inférieure.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 12 novembre.

16 juillet. Pouls 76, régulier. Le cœur mesure 9,5 sur 14,5. Même piaulement ayant son maximum à la pointe, s'étendant plus sur le ventricule droit que sur le gauche jusqu'au-dessous du cœur, couché le long du bord inférieur, disparaissant dans l'aorte, ne se retrouvant nullement dans les carotides. Pas de dilatation des jugulaires; pas de pouls veineux; pas de battement des carotides; pas de battement du cœur, ni de la pointe. Les phlébites sont presque guéries; on sent encore des cordons noueux.

27 juillet. Le piaulement a persisté jusqu'à la sortie: le malade va du reste très bien.

Remarques. — Dans le mémoire de M. Polaillon sur les embolies des cavités droites du cœur, nous ne trouvons aucune lumière sur l'auscultation. Ici nous notons un point de départ dans les veines de la jambe; nous notons ensuite un piaulement cardiaque. Y a-t-il un rapport entre les deux? Nous avons toujours soutenu que le piaulement est dû à une insuffisance légère avec un cœur fonctionnant énergiquement. Le piaulement est indiqué ici ayant son maximum à la pointe, mais s'étendant plus sur le côté droit que sur le côté gauche du cœur. La présence d'une embolie dans les cavités droites est ici très admissible.

Chez la nommée Dely, âgée de 38 ans, polisseuse, l'insuffisance de la tricuspide domine l'insuffisance de la mitrale et cependant nous n'entendons du souffle qu'à la pointe.

Cette femme entre le 10 novembre 1859 et meurt le 15. Nous ne la voyons que cinq jours. De tous temps, elle a été gênée de la respiration; elle se dit asthmatique de naissance. La seule maladie dont elle parle est une variole grave accompagnée de fausse couche, à 23 ans. Les jambes sont œdématiées depuis une huitaine de jours. Elle n'a pas cessé de travailler. Elle est cyanosée. Anasarque. Un peu d'ascite. Cœur gros. *Souffle au premier temps à la pointe.* Respiration sifflante; râles sous-crépitants aux bases. P. 100, très petit.

Le 11, souffle au premier temps, sec, sibilant, avec deuxième claquement parcheminé.

Le 14, même souffle au premier temps, très fort. Asphyxie. Cyanose bleue.

A l'autopsie, nous trouvons un peu d'ascite et d'hydropéricarde; quelques adhérences pleurales sans tubercules; les poumons emphysémateux, gorgés de sang, donnant la sensation d'amadou imbibé de sang. Le cœur est gros, rond, distendu par les caillots surtout dans les cavités droites. L'artère pulmonaire et l'entonnoir du ventricule font saillie. L'oreillette droite est très dilatée. *L'orifice de la tricuspide est très dilaté. La tricuspide est épaissie, boursouflée*, jaunâtre. Les sigmoïdes pulmonaires sont altérées. — A gauche, peu de distension, peu de caillots. La grande lame est presque saine, un peu épaissie; la petite lame est presque saine, un peu étroite. Les colonnes qui répondent à la petite lame sont fibreuses à leur sommet. Les cordons sont épaissis et rétractés. Pas de lésion de l'aorte ni de l'orifice aortique. Pas de lésion du muscle. Le foie est un peu augmenté de volume et presque coupé en deux par le corset; un peu noix muscade. Rate petite et ferme.

Remarques. — Malgré l'insuffisance de la tricuspide, on n'entendait le souffle qu'à la pointe.

Marziou entre pour la première fois à la Charité, le 12 août 1856, à l'âge de 30 ans, et meurt le 17 janvier 1869. Nous l'avons suivi pendant douze ans et demi, avec quelques interruptions; c'est donc pour nous une observation intéressante, en raison des complications que nous avons vu se succéder. La lésion, d'abord à peu près restreinte à la mitrale, s'est étendue à l'orifice aortique et à la tricuspide. Nous avons à examiner si le souffle que nous entendons à la fin, au niveau de la pointe et de la ligne inférieure du cœur, appartient à la tricuspide ou à la mitrale, ou peut-être aux deux orifices. Nous ne notons pas de souffle en bas du sternum et cependant l'insuffisance de la tricuspide est certaine. Il est regrettable, au point de vue du diagnostic, que nous n'ayons pas cherché le souffle en arrière, à la fin ; nous n'attachions pas à ce signe l'importance que nous lui donnons aujourd'hui.

Cet individu a toujours eu des palpitations. A 18 ans, il a un rhumatisme articulaire aigu qui l'alite un mois et demi. Il s'engage à 20 ans et reste quatre ans en Afrique; il a des fièvres intermittentes, des dysenteries et des douleurs. Il reste dix-huit mois à Albi, dans la remonte. Là, il a un duel et reçoit un coup de sabre sur le poignet ; les artères sont coupées. A 28 ans, il remarque de l'œdème des jambes. En 1856, à 30 ans, nous le voyons deux jours seulement; il sort de l'hôpital le lendemain de son entrée. Le pouls est régulier à 96. Le cœur n'est pas gros. Voussure. Pas de frémissement. Soulèvement en masse de la région cardiaque. On entend les claquements le long du sternum; le premier se dégage même à gauche. Bruit de râpe à la pointe, presque musical, en forme de jappement, de piaulement, se prolongeant à gauche en arrière. Rien au deuxième temps. Pas de gonflement des jugulaires.

En 1856, la lésion est limitée à l'orifice mitral ; nous trouvons une insuffisance. Le piaulement s'entend à la pointe et en arrière.

Le malade rentre dans le service huit ans plus tard, le 9 avril 1864. Le pouls est très irrégulier, très inégal. Le cœur n'est pas très gros; l'impulsion est modérée. Ronflement au deuxième temps.

15 avril. Souffle au deuxième temps, au niveau de l'orifice aortique.

22 avril. Le pouls est plus lent. On entend très bien un roulement à gauche, un souffle au deuxième temps à l'orifice aortique et le double souffle crural. Rhythme type du rétrécissement mitral. Le cœur s'avance à gauche. Rétrécissement mitral et insuffisance mitrale, sans signes d'insuffisance ni mitrale ni tricuspide.

16 juin. A la pointe, souffle en jet de vapeur au premier temps, s'étendant sur la partie du cœur à découvert, mais en diminuant d'intensité, ne se prolongeant pas dans l'aorte.

13 septembre. A la pointe, souffle en jet de vapeur s'étendant sur le bord inférieur du cœur, s'engageant très faible dans l'aorte.

15 janvier 1869 (Quatre ans plus tard.) Jugulaires gonflées. A la pointe et le long du bord inférieur du cœur, on entend un souffle en jet de vapeur intense.

Autopsie le 18 janvier 1869. Adhérence générale du péricarde. Le cœur est très gros, beaucoup plus à cause du développement énorme des oreillettes que de celui des ventricules qui est modéré. L'oreillette droite contiendrait une grosse orange ; les parois sont minces. Le trou ovale fermé se détache à peine comme aspect du reste de la paroi. *La tricuspide est très altérée ; le bord est épais comme celui d'une paupière envahie par la blépharite ciliaire chronique ; les valves sont diminuées de largeur ; les tendons sont rétractés ; l'orifice est insuffisant ; les valves ne se rapprochent pas lorsqu'on fait jouer la valvule sous l'eau.* Trois doigts passent avec peine à travers l'orifice. Le ventricule droit est peu dilaté ; la paroi n'est pas hypertrophiée. — Les sigmoïdes pulmonaires ont des nodules bien développés. A leur surface, on voit des stries grisâtres ; elles sont un peu altérées. L'artère pulmonaire, un peu dilatée, est légèrement athéromateuse. L'oreillette gauche est immense et mesure le même volume que la droite ; la paroi n'est pas épaissie. La mitrale est épaisse et a conservé à peu près sa forme, c'est-à-dire que la grande lame tend à se rapprocher d'un bord demi-circulaire ; les tendons de la valvule sont très gros ; l'orifice rétréci laisse à peine passer un doigt. Le ventricule gauche est peu dilaté ; la paroi est un peu hypertrophiée et a conservé une coloration normale ; le muscle n'est pas très altéré. L'orifice aortique est insuffisant ; les bords des sigmoïdes sont bridés, rétrécis. L'aorte est un peu athéromateuse et dilatée. — Les poumons sont gorgés de sang. Le poumon gauche est adhérent. Le foie est gros.

Remarques. — L'insuffisance de la tricuspide n'est pas douteuse ; on entend le souffle à la pointe et le long du bord inférieur du cœur ; le maximum n'est pas en bas du sternum. Malheureusement, nous n'avons recherché le souffle en arrière qu'une fois, au début ; nous l'avons trouvé. En l'absence du souffle en arrière, nous aurions été autorisé à attribuer complètement le souffle à la tricuspide. Voici l'enchaînement que nous admettons : d'abord le souffle est à la mitrale, on l'entend en arrière ; plus tard, il n'y a plus que le bruit du rétrécissement mitral ; plus tard, la tricuspide est prise et le souffle que l'on entend à la pointe dépend d'elle.

Léonard. — Autopsie. Le ventricule droit est très dilaté, sans hypertrophie. Le ventricule gauche est à peu près normal comme épaisseur des parois et comme capacité. La tricuspide est un peu épaissie ; sur ses bords existe une ligne de petites végétations. La mitrale laisse passer le petit doigt.

Le plus souvent, dans cette longue observation, nous constatons la présence du souffle le long du bord inférieur, inclinant parfois vers la pointe, d'autres fois vers le sternum. Parfois, il n'apparaît que toutes les deux et trois pulsations. Il n'est pas constant, nous ne l'entendons pas tous les jours. Il semble que pour une lésion constante comme celle de la mitrale, on doive avoir un souffle constant.

CONCLUSIONS :

Le souffle de la tricuspide peut s'entendre sur toute la surface du ventricule droit, c'est-à-dire sur toute la surface antérieure du cœur. Les points maxima varient, tantôt en bas du sternum, tantôt le long du bord inférieur, tantôt à la pointe.

Il peut n'être entendu qu'à la pointe, et alors être attribué à tort à la mitrale.

Le souffle mitral s'entend dans l'aisselle et en arrière.

Le souffle tricuspidien ne dépasse pas la pointe à gauche et ne s'entend pas dans l'aisselle gauche, et encore moins en arrière.

Rien ne s'oppose à ce que le souffle tricuspidien retentisse à la pointe comme le fait le souffle mitral, quand le ventricule droit contribue à la formation de la pointe.

Les variétés de siège du souffle tricuspidien sont dues aux variétés de développement du ventricule droit et peut-être du poumon droit.

Le souffle tricuspidien peut exister sans pouls veineux.

Le pouls veineux peut exister sans souffle tricuspidien.

Le piaulement est souvent tricuspidien. Le sang veineux piaule plus facilement que le sang artériel.

Le piaulement indique une insuffisance très étroite et un ventricule à fonction énergique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 août 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Discours de M. Desnos prononcé aux obsèques de M. Pidoux. — M. Du Castel : *Rapport sur les maladies régnantes pendant le second trimestre de l'année* 1882. Discussion : MM. Rendu, Dujardin-Beaumetz, Du Castel. — M. Debove : Note sur le *traitement de l'ulcère simple de l'estomac*. Discussion : MM Dujardin-Beaumetz, Debove. — M Debove : Présentation d'une nouvelle *sonde œsophagienne*. — M. Troisier : Présentation d'un malade atteint de *ladrerie*. — M. Apostoli : Lecture d'un mémoire intitulé : *Sur un nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie (vomissements, gastralgie)*.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *The Transactions of the american Medical Association*, vol. XXXII. — *Mémoires* de la Société de médecine de Nancy (1880-81). — *Journal de médecine de Paris*. — La *Thérapeutique contemporaine*. — La *Tribune médicale*. — *Lyon médical*. — Le *Progrès médical*. — *Bulletin général de thérapeutique*. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Marseille médical*. — *Revue médicale de Toulouse*, etc., etc.

—

M. Desnos, secrétaire général, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société, aux obsèques de M. Pidoux. (Voy. Union Médicale, n° 111, 1882.)

—

M. Du Castel lit son rapport sur les maladies régnantes pendant le second trimestre de l'année 1882. (Voy. Union Médicale, n°s 120, 127 et 134.)

M. Rendu : Je vois, d'après le rapport de M. Du Castel, qu'il y a un encombrement de malades dans les hôpitaux. Il y a maintenant à Paris un grand nombre de cas de fièvre typhoïde; je suis surpris que l'administration de l'Assistance publique ait choisi ce moment pour fermer les services des annexes. A Tenon, M. le directeur nous a communiqué vers le milieu de juillet, une circulaire dans laquelle l'administration demandait notre avis sur l'opportunité de la fermeture des services annexes; nous avons été unanimes à déclarer que ces services qui occupent, comme vous le savez, tout le troisième étage de l'hôpital, étaient très utiles; on n'a tenu aucun compte de notre avis et ces services, qui comprennent plus de 200 lits, ont été supprimés à partir du 1er août. Voilà surtout pourquoi nous sommes encombrés de brancards.

M. Dujardin-Beaumetz : Non-seulement on a supprimé les services annexes, mais on ferme un certain nombre de salles dans différents hôpitaux. Il faut bien cependant que les réparations se fassent, et les hôpitaux regorgent de malades peut-être plus en hiver qu'en été. Quant au nombre de fièvres typhoïdes actuellement soignées dans les hôpitaux, on peut affirmer qu'il n'a jamais été aussi élevé; il faut dire que l'épidémie paraît très bénigne. Nous verrons quels renseignements nous apportera la statistique

M. Du Castel : L'Administration est obligée de fermer de temps en temps les services annexes parce qu'ils ne figurent pas au budget. Ne serait-il pas temps de rendre définitifs quelques-uns de ces services provisoires?

M. DEBOVE fait une communication sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac. (Sera publiée.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : Je gave en ce moment un albuminurique avec un mélange de lait et de poudre de lait. Il y a trop peu de temps que j'ai institué ce traitement pour prévoir ce qu'il donnera.

Je profite de la communication de M. Debove pour vous dire que j'ai employé la poudre de sang chez quelques phthisiques soumis au gavage. Je n'ai jamais obtenu de résultat favorable avec cet aliment, et je maintiens ce que j'ai dit autrefois, que le sang est très indigeste. Si j'emploie encore la poudre de sang, c'est à titre de préparation ferrugineuse.

M. DEBOVE : J'ai essayé, de mon côté, le gavage avec la poudre de sang, en raison du bon marché de cette substance ; mais mes malades ont toujours été pris de diarrhée, et l'un d'eux m'a même fait observer qu'il ne digérerait pas mieux la poudre de sang que le boudin.

—

M. DEBOVE présente une nouvelle sonde œsophagienne. (Sera publié.)

M. TROISIER présente un malade atteint de ladrerie. (Sera publié.)

—

M. APOSTOLI lit un mémoire intitulé : *Sur un nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie* (*vomissements, gastralgie*). Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Debove, R. Moutard-Martin et Joffroy, rapporteur.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, TROISIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 août 1882. — Présidence de M. DUROZIEZ.

La lecture du procès-verbal de la dernière séance est renvoyée à la première séance d'octobre, en raison de l'absence du secrétaire annuel, M. Henri Bergeron.

La correspondance imprimée comprend : le *Journal d'hygiène*, le *Journal de médecine de Paris*, le *Journal des sages-femmes*, le *Progrès médical*, le *Concours médical*.

Une brochure de M. le docteur E. Vidal, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères, intitulée : *De la multiplicité des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies des organes respiratoires.*

Le Tome II, n° 6, de la *Revue des travaux scientifiques* (1881), publiée par le ministre de l'instruction publique.

Le programme du Congrès de la Sorbonne pour 1883, envoyé par le ministre de l'instruction publique.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Onimus priant M. le secrétaire général de lire en son nom un rapport sur la candidature de M. le docteur Guiter (de Cannes.)

Trois lettres de MM. Rougon, Perrin, Bergeron, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. le docteur Ataliba de Gomensaro (de Rio-Janeiro), membre correspondant, qui envoie une note sur l'utilité de l'emploi du permanganate de potasse comme antidote du venin des serpents, contradictoirement à l'opinion émise par M. le professeur Vulpian à l'Académie des sciences.

Une lettre de M. le bibliothécaire de la Faculté, accusant réception de la collection des Bulletins de la Société, dont il lui a été fait hommage pour la bibliothèque de l'Ecole de médecine de Paris.

M. LE PRÉSIDENT signale la présence de M. Marius Bernard, membre correspondant.

—

M. MATHELIN continue la lecture de son travail *sur la faradisation utérine.* (Sera publié.)

M. THORENS : Je n'ai employé la faradisation utérine qu'après l'accouchement, dans deux cas de délivrance difficile. La première fois, il s'agissait d'une primipare de 36 ans, atteinte d'accidents paralytiques et à laquelle il avait été administré du seigle ergoté dans le cours de l'accouchement ; le col rigide et rétracté ne me permit pas de procéder à l'extraction du placenta. M. le docteur Dannet, qui voyait la malade avec moi, fut d'avis d'avoir recours à la faradisation utérine, répétée plusieurs fois par jour, concurremment avec l'alcool à haute dose,

intus et extra; le cinquième jour, le placenta fut expulsé spontanément, sans accidents inflammatoires ou septicémiques.

Quelques temps après, je fus appelé auprès d'une femme qui venait d'accoucher normalement; il n'avait pas été administré de seigle ergoté, mais la sage-femme n'avait pu opérer la délivrance. Il y avait une hémorrhagie assez abondante. Le cordon étant presque entièrement déchiré, j'eus recours, avant toute nouvelle manœuvre, à la faradisation utérine. Je me servis d'un appareil-trousse de Gaiffe, une tige dans le col, un tampon sur la paroi abdominale. Les contractions utérines se réveillèrent immédiatement et l'hémorrhagie s'arrêta pour ne plus reparaître; le lendemain matin, quinze heures après l'accouchement et après la troisième séance de faradisation, la délivrance se faisait très facilement.

—

M. DE BEAUVAIS, secrétaire général, donne lecture du rapport de M. Onimus, sur la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le docteur Emile Guiter (de Cannes), ancien interne des hôpitaux de Paris, au nom de la commission composée de MM. Dubuc, Jules Besnier et Onimus.

Les conclusions du rapport sont votées et adoptées.

La Société s'ajourne, en raison des vacances annuelles, à la séance du 14 octobre prochain.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr DELEFOSSE.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la nature de la sciatique, par le docteur HUTCHINSON. — Ce n'est pas, d'après l'auteur, sur les fibres nerveuses propres, mais bien sur la veine fibreuse du nerf, que siègent les irritations douloureuses de la sciatique et probablement de toutes les névralgies. Cette opinion s'appuie sur ce fait que toute irritation nerveuse franche, celle par exemple qui est produite par une compression, est caractérisée par une douleur sourde; quand cette douleur devient diffuse, le malade en place le siège non pas sur le tronc, mais sur les branches nerveuses périphériques. Aussi, l'observation montre qu'il n'en est pas ainsi et que les douleurs lancinantes ne suivent pas exactement le trajet du nerf. Enfin, relativement à la sciatique, l'auteur fait observer qu'on donne souvent ce nom à des affections arthritiques qui, aiguës, sont la goutte de l'articulation coxo-fémorale et qui, chroniques, sont le rhumatisme articulaire de cette jointure. (*Med. Times and Gaz.*, janvier 28, 1882.)

Sur un cas d'anosmie, par le docteur JACOB. — La malade avait, quelque temps auparavant, fait une chute sur le vertex. Depuis cette époque elle était atteinte d'une anosmie complète, et ne percevait aucune odeur agréable ou fétide. On appliqua un courant continu de trente éléments de l'apophyse mastoïde à la racine du nez pendant cinq minutes. Après la première application, cette femme commença à percevoir les odeurs; mais la guérison ne fut complète qu'après plusieurs séances de galvanisation. On avait inutilement employé l'iodure de potassium dont Ferrier, dans un cas semblable, a obteu de bons résultats. L'usage d'un faible courant galvanique est en désaccord avec l'expérience d'Althoun, qui prétend que le courant apte à exciter le nerf olfactif doit être violent pour être supporté par le malade. (*The Lancet*, 13 mai 1882.)

Traitement de l'angine de poitrine par l'électricité, par le docteur LOWENFULD. — Le malade éprouvait des attaques tous les mois environ. Elles étaient caractérisées par la rapidité des mouvements respiratoires, l'oppression, la faiblesse et la fréquence du pouls, de la sternalgie se propageant dans le bras gauche et du tremblement convulsif des membres. Les bruits du cœur étaient normaux. Un courant continu fut appliqué pendant une minute de chaque côté du cou, sur le trajet du nerf pneumo-gastrique, et produisit de suite la diminution de l'oppression. Les mêmes applications furent renouvelées dix fois dans l'espace de trois semaines et depuis deux années le malade n'a éprouvé aucune nouvelle attaque de sternalgie. (*The London med. Rec.*, 15 mai 1882, p. 186.

Paralysies consécutives à des injections d'éther, par M. le docteur ARNOZAN. — L'auteur rapporte quatre observations de varioleux auxquels on a fait des injections sous-cutanées d'éther pénétrant profondément jusqu'à l'hypoderme. De ces faits on peut conclure : 1° que l'injection d'éther dans les muscles produit la paralysie de ces derniers; 2° que ces paralysies ont de grandes analogies avec les paralysies périphériques, c'est-à-dire qu'elles présentent la suppression ou la diminution de l'excitabilité faradique, l'augmentation de l'excitabilité

galvanique et le retour du mouvement volontaire avant celui de l'excitabilité faradique ; 3° que ces paralysies guérissent spontanément, mais très lentement. (*Journal de méd. de Bordeaux*, p. 320; 26 juin 1882.)

Il est vraisemblable que les lésions produites par l'éther portent sur les extrémités nerveuses dans les muscles. Cette hypothèse attend sa vérification d'observations ultérieures.

Un cas d'hémichorée, par le docteur Putzel. — Le malade est alcoolique et les premiers accidents datent d'un mois environ avant son entrée à l'hôpital. Il est atteint de dyspnée et d'emphysème pulmonaire. Les mouvements choréiques sont localisés au côté gauche, mais la sensibilité est intacte dans toutes les régions.

La puissance musculaire est diminuée dans les membres malades. La nuit, son sommeil est troublé par des hallucinations, qui s'atténuent sous l'influence du chloral et du bromure de potassium. Les sphincters de l'anus et de la vessie sont paralysés. L'urine est albumineuse et contient quelques cylindres granuleux.

A l'autopsie, on observe de l'athérome des vaisseaux du cerveau, de la dilatation des ventricules latéraux, un noyau hémorrhagique ancien dans la couche optique du côté droit, la partie postérieure de la capsule transparente et le noyau lenticulaire droit. Il existe de l'atrophie de la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante et de la troisième circonvolution frontale gauche.

Les poumons sont congestionnés et les plèvres adhérentes. Le cœur est augmenté de volume et la valvule mitrale couverte de nodosités calcaires marginales. Les reins sont le siège d'une néphrite diffuse. (*The journal of nervous and mental diseases*, p. 276; avril 1882.)

Deux cas d'asphyxie locale des extrémités, par Bernhardt. — La première malade était atteinte, depuis deux ans, de paralysie des mains et des pieds : les doigts étaient brunâtres et la peau couverte d'excoriations superficielles. Il existait de l'anesthésie des mains et de l'engourdissement des muscles profonds.

Le deuxième cas est celui d'un homme dont les accidents morbides étaient limités au bras droit : il avait éprouvé de l'engourdissement de celui-ci avant le début des symptômes. La main de ce côté était cyanosée et froide. Les muscles fléchisseurs de l'avant-bras conservaient une certaine sensibilité à la pression et une faible réaction au courant électrique. L'artère radiale était indurée et le pouls insensible. L'auteur considère ces deux cas comme le résultat d'une augmentation de l'excitabilité des centres vaso-moteurs de la moelle allongée. L'emploi d'un courant continu sur la région cervicale et sur les nerfs du bras produisit une amélioration temporaire chez la première malade et permanente chez le second. (*Arch. für Psych. Band XII* et *The London med. Record*, 15 juin 1882.) — L. D.

COURRIER

Une pupille de la ville de Paris. — Le 15 octobre dernier, un étranger, étudiant en médecine à Paris et interne provisoire à l'hôpital Trousseau, avait contracté, en soignant ses petits malades, la fièvre typhoïde.

Quelques jours après, M. Alfonso mourait, laissant une veuve et une petite fille sans ressources.

Le Conseil municipal s'est ému de la situation de ces malheureuses.

Considérant que M. Alfonso est décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions, victime de son dévouement, il a jugé qu'il était de son devoir d'atténuer, dans la mesure du possible, le malheur qui vient de frapper cette famille, en déclarant la jeune Estelle Alfonso pupille de la ville de Paris.

Nécrologie. — M. le docteur Chebrou, de Niort, a été foudroyé par une attaque d'apoplexie le 13 novembre, en faisant une visite chez un malade. Le docteur Chebrou était adjoint au maire de Niort ; il était très estimé de ses concitoyens qui l'avaient constamment nommé membre du conseil municipal depuis de longues années.

— Un ophthalmologiste anglais des plus distingués, Georges Critchett est mort le 1er novembre, à l'âge de 65 ans. Critchett était chirurgien du Royal London ophtalmic hospital et vice-président de la Société d'ophthalmologie du Royaume-Uni. Il a succombé à une hypertrophie de la prostate compliquée de cystite.

Usurpation de titre. — Un honorable confrère de la Vendée, le docteur Basque, voulant récompenser lui-même ses longs services dans le parti légitimiste de ce département, a jugé convenable de faire précéder son nom de la particule. Sa gloire a été de courte durée ; le

tribunal de la Roche-sur-Yon vient de lui infliger une amende de 20 francs pour usurpation de titre.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — MM. Félix Faure et Martin Nadaud ont déposé une proposition de loi sur l'hygiène industrielle.

Cette proposition a pour objet d'assurer la salubrité des établissements industriels et la sécurité des ouvriers dans les manufactures, fabriques, usines, chantiers et ateliers.

Des agents spéciaux pourvus du titre d'inspecteurs des fabriques seraient créés à l'effet d'assurer l'exécution des mesures qui seront prescrites par un règlement d'administration publique. Des pénalités spéciales seraient édictées contre les industriels qui voudraient se soustraire à ces prescriptions.

Cette proposition prévoit le cas où, après enquête, des travaux de sûreté, ou même la fermeture d'un établissement défectueux au point de vue de l'hygiène, pourraient être imposés aux industriels.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales aura lieu au mois de décembre prochain au siège de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1883. Le concours comprendra deux épreuves publiques : 1° une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie ; 2° une épreuve orale de vingt minutes après vingt minutes de réflexion, sur la physique et la chimie appliquées aux questions hydrologiques.

Sont admis à concourir, les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat de l'Académie de médecine, soit au secrétariat des Facultés des Écoles de plein exercice, des Ecoles supérieures de pharmacie ou des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. Ils auront à justifier des conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1882, à quatre heures du soir. Les candidats seront prévenus, par lettre, des jours et de l'heure de l'ouverture du concours.

— M. le docteur Lancereaux, agrégé, membre de l'Académie de médecine, est nommé médecin du lycée Louis-le-Grand.

L'HOMOEOPATHIE. — L'*Indépendance française* réédite une amusante anecdote :

Un jour, Hahnemann reçut la visite d'un riche lord, venu d'Angleterre pour le consulter, et, sans écouter les explications du malade, se mit à l'examiner pendant quelques instants, puis lui passant un flacon sous le nez :

— Respirez ! dit-il. Bien. Vous êtes guéri.

L'Anglais, visiblement surpris, lui pose cette question :

— Combien vous dois-je?

— Mille francs, répond le docteur.

L'insulaire, très-calme, tire de sa poche un billet de cinquante livres le passe sous le nez du docteur et dit :

— Respirez !... Bien !... Vous êtes payé.

Et il sort avec dignité.

INFLUENCE DU MILIEU EXTÉRIEUR SUR LA COMPOSITION SALINE DU SANG DES ANIMAUX AQUATIQUES. — D'après des expériences faites au laboratoire de l'*Université de Liège*, par M. Léon Frédéricq, le sang des crabes, homards, poulpes, a le même goût que l'eau de la mer dans laquelle ils vivent, et présente une composition analogue au point de vue des sels. Les organes de ces animaux présentent, au contraire, une composition saline qui paraît indépendante du milieu ambiant.

Chez les poissons, au contraire, le sang paraît présenter une composition saline indépendante du milieu et très sensiblement la même dans l'eau de mer et dans l'eau douce.

Le même physiologiste a fait une observation curieuse sur l'Orvet nommé *Anguis fragilis*, en raison de la facilité avec laquelle il perd sa queue. Sur un Orvet mort depuis vingt-quatre heures, M. Frédéricq fixa un ien auquel il suspendit un petit plateau de balance. La queue ne se rompit que sous un poids de 490 grammes, soit environ, vingt-cinq fois plus fort que celui de l'animal tout entier. L'Orvet vivant, qui est certainement hors d'état d'exécuter un pareil effort, détache très facilement sa queue sous l'influence d'une irritation des nerfs, par des mouvements latéraux.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE. — EMPLOI DU CHLOROFORME ET DE L'HYDRATE DE CHLORAL A HAUTES DOSES. — GUÉRISON.

M. le docteur Georges Roché, de Charny (Yonne), nous adresse l'observation suivante. Elle paraît démontrer que le chloral à hautes doses et les inhalations de chloroforme peuvent avoir une heureuse influence contre l'éclampsie puerpérale.

13 novembre 1882, 9 heures du matin. — Mlle B. C., 21 ans, enceinte de 8 mois. Face bouffie, anasarque, urine chargée d'albumine.

La malade, les yeux ouverts, reste muette aux questions. — 9 h. et demie, agitation, clignotement des paupières, convulsions toniques et cloniques. — N'ayant ni chloroforme ni chloral, je pratique une saignée; compresses froides sur la tête; inhalations d'éther. J'introduis difficilement un bouchon pour préserver la langue.

On m'apporte chloroforme et chloral. — A 10 heures, nouvelle attaque; lavement avec 4 grammes de chloral; inhalations du chloroforme. — A 11 heures, autre accès; inhalations de chloroforme; l'accès se calme. — A midi, l'accès se reproduit; lavement avec 4 gr. de chloral; chloroforme. Aucun effet n'étant obtenu, et les symptômes se renouvelant toujours, on continue les inhalations. — A 2 heures, lavement avec 4 gr. de chloral; chloroforme; sommeil plaintif au bout d'une demi-heure. — A 5 heures, attaque; lavement avec 5 gr. de chloral; chloroforme; sommeil calme jusqu'à minuit.

A minuit, les accès reparaissent, violents et répétés; lavement avec 5 gr. de chloral. Le sommeil s'établit de nouveau. — A 5 heures du matin, quelques mouvements inquiétants; lavement avec 2 gr. 50 de chloral; à 9 heures et demie, nouveau lavement avec 2 gr. 50.

Depuis ce moment, les attaques ne sont pas revenues. La malade a encore de violents maux de tête et se plaint d'avoir la vue troublée. — Au premier accès, il y a eu vomissements de matières sanguinolentes.

FEUILLETON

HISTOIRE DE GALIEN,

SA VIE, SON SYSTÈME MÉDICAL, SES ŒUVRES; SON DERNIER TRADUCTEUR CHARLES DAREMBERG.

II

LA MÉDECINE AU TEMPS DE GALIEN.

Me voici arrivé, dans cette étude abrégée sur Galien, à vous montrer le milieu où il vivait. J'ai besoin de toute votre attention, car le sujet est complexe et rempli de détails souvent arides. Et cependant, pour apprécier le rôle de Galien de son vivant, et pour comprendre l'influence si considérable et si étonnante qu'il a exercée après sa mort, il faut absolument connaître l'état de la médecine à cette époque et les sectes si nombreuses qui se disputaient la prééminence.

Hippocrate avait séparé la médecine des systèmes philosophiques de son temps; il l'avait dirigée dans une voie sûre, il avait pris pour base le fait réel τὸ ὄν, en rejetant les hypothèses. Le raisonnement appuyé sur les observations, expérience et induction, telle est la médecine hippocratique.

Mais les successeurs n'avaient pas suivi longtemps cette direction admirable. Bientôt plusieurs scissions se produisent, et au lieu de voir simplement les choses comme elles se présentent, les médecins s'égarent à la recherche, à la poursuite des problèmes insolubles, ils s'y

En tout, 27 gr. de chloral en 24 heures; inhalations de chloroforme presque continues. — Pendant toute la durée du traitement, la malade avait la face très rouge et respirait avec bruit.

Ai-je eu tort d'administrer le chloral à de si hautes doses, et devrai-je recommencer ?

Sans vouloir entrer dans la discussion fort délicate du traitement de l'éclampsie puerpérale, nous répondrons à la question posée par notre confrère à la fin de son récit, que la dose de 27 grammes de chloral en 24 heures est certainement très élevée, et qu'on a rarement employé cet argent avec tant de hardiesse, surtout combiné avec les inhalations de chloroforme; et cela même dans le tétanos, où les fortes doses de chloral sont le plus souvent de rigueur (15 et 16 grammes dans les 24 heures n'ont rien d'exagéré). Toutefois, nous ne croyons pas que M. le docteur Roché ait eu tort d'agir ainsi : d'abord, il semble avoir réussi (nous disons « il semble » parce que la malade a cessé d'avoir des attaques le 14 novembre au matin, et que l'observation est datée du 17; qu'est-il arrivé depuis ?); ensuite, parce que le chloral ne peut agir en cas semblable qu'à larges doses, et qu'ici comme dans le tétanos il faut sans doute, si l'on veut réussir, suivre les indications tirées de la marche des symptômes, et proportionner l'énergie du traitement à la gravité du mal. Formuler des lois plus présises et apprécier d'une façon plus rigoureuse la valeur du traitement de l'éclampsie par le chloral, serait, croyons-nous, une témérité.

LE SERVICE DE SANTÉ ANGLAIS EN ÉGYPTE (1).

VI

Le rapport officiel sur Tell-el-Kebir, complétant les premiers chiffres donnés par le médecin en chef sur les résultats de cette journée, accuse : 459 tués et blessés se décomposant ainsi : tués, 9 officiers, 48 hommes; blessés, 27 officiers, 353 hommes; disparus, 22.

On a aujourd'hui des renseignements complémentaires assez précis sur les conditions dans lesquelles a fonctionné le service de santé aux différents degrés, dans les dernières actions. A Kassassine, la compagnie de brancardiers entière était au feu, divisée en deux fractions commandées respectivement par le regretté Scham, et Hickson. Bien qu'il y ait eu beaucoup à faire, il ne fut pas consommé la moitié des médicaments et objets de pansement à la disposition de la compagnie; ceci, pour répondre aux reproches de désordre et de pénu-

(1) Suite. — Voir les numéros des 2, 16, 26 septembre, 10 octobre et 11 novembre.

complaisent et s'y perdent. Chacun veut avoir un système à lui, l'imagination n'a plus de bornes en s'efforçant de donner la raison de toutes choses.

Les écoles dérivant de Cnide et de Cos avaient ainsi des dogmes ou des doctrines, d'où le nom de dogmatiques pris par les successeurs d'Hippocrate. A côté des dogmatiques avaient existé de tout temps les empiriques purs, qui rejetaient toute espèce de raisonnement.

L'école d'Alexandrie, sous les Ptolémées Lagides, avait déplacé le foyer scientifique. La médecine, venue de Grèce en Egypte, mais restant absolument grecque, voyait s'ouvrir, avec les découvertes anatomiques, de nouveaux horizons. Hérophile qui appartenait à Cos, et Erasistrate qui tenait de Cnide, disséquaient plus qu'ils ne philosophaient. Chacun avait son système, mais, remarquez le avec soin, Hérophile était hérophiléen et non hippocratique, Erasistrate était érasistratéen. Les médecins hippocratiques n'avaient pas d'existence à part, il y avait des dogmatiques, il y avait des empiriques et beaucoup d'autres. Le nom d'Hippocrate pouvait être un point de réunion dans la secte des dogmatiques, un signe de ralliement, mais l'hippocratisme vrai n'existait pas encore; il date de Galien qui a fait l'hippocratisme pour élever en face le galénisme.

Examinons rapidement les écoles et sectes principales qui avaient surgi depuis Hippocrate jusqu'à Galien, amenant une véritable anarchie médicale. Toute secte avait une doctrine à part, et ces doctrines disparates, soutenues avec ténacité par des adeptes plus ou moins nombreux, avaient tantôt gagné la préséance, tantôt perdu le terrain conquis Vous verrez qu'elles possédaient des droits bien inégaux au mérite que l'histoire reconnaît définitivement.

L'école dogmatique, nous devons commencer par elle, prétendait tout expliquer par l'antique doctrine des quatre éléments. Elle venait de Cos avec Praxagore, maître d'Hérophile, et

rie dans lesquels on a englobé le service entier, mais dont on doit dégager à coup sûr le corps des brancardiers. C'est surtout à ce service, en effet, dont le fonctionnement a été partout a peu près régulièrement assuré, que reviennent les compliments de l'ordre du jour de sir Garnet Wolseley, que « les dispositions du service de santé, très convenablement prises, font le plus grand honneur au chirurgien général Hanbury. »

A l'affaire du 8, toute la compagnie était encore rassemblée ; mais à Tell-el-Kebir, les besoins du service ayant obligé de laisser à Kassassine une partie du personnel et du matériel, le chirurgien-major Ray, qui la commandait, ne disposait plus que de 5 médecins (au lieu de 7) et de 130 hommes au lieu de 206. Il détacha néanmoins la moitié de ses ressources avec le chirurgien-major Towsend. Chacune des deux fractions possédait 6 litières, 13 cacolets, quelques brancards, 2 cantines de médicaments et 2 cantines de vivres d'urgence, 12 havres-sacs chirurgicaux étaient portés par des *orderlies*, et chaque médecin avait à sa disposition un *medical field companion*, avec trousses, tourniquet, appareils de pansement, etc. Le médecin portait personnellement de la morphine, dont on a fait un emploi systématique, par la voie hypodermique ou buccale, chez tous les blessés. Cette pratique a donné de très bons résultats.

Les deux demi-compagnies incomplètes venaient, sur le champ de bataille, immédiatement après la première ligne, en tête des réserves. Avant la fin de l'action, elles étaient installées en dedans des retranchements ennemis. La 3e ambulance était assise au point où la ligne de fortifications rejoint le canal d'eau douce. C'est là seulement que se faisaient les premières opérations, les brancardiers se bornant, en principe, à l'application des pansements provisoires et à l'administration de la morphine. 25 tentes étaient dressées. Les blessés commencèrent à affluer à 9 heures du matin. Les 5 médecins militaires étaient assistés du docteur Crookshank, ami et élève de Lister, son collègue de King's hospital College, qui avait charge de la préparation des pansements antiseptiques. 2 amputations ont été faites ; 20 extractions de balles ; 7 hommes amenés morts, ou décédés à l'ambulance peu après leur arrivée, ont été enterrés le jour même, avec toutes les cérémonies du rite anglais.

La première évacuation de blessés par bateau sur l'écluse de Kassassine, à 9 milles en arrière, où deux fractions d'ambulance ont été installées, ainsi qu'une autre de 25 lits à Kassassine même, eut lieu à midi ; la dernière à 9 heures du soir. Les blessés de ce convoi furent laissés pour la nuit à bord, où ils reçurent d'un médecin et d'un personnel suffisant tous les soins nécessaires.

Crookshank, qui paraît s'être proposé, dans son voyage d'Egypte, de rechercher les moyens les plus pratiques de réaliser l'antisepsie sur le champ de bataille, en poursuivant l'étude capitale commencée au cours des dernières guerres Russo-Turque, de Bosnie et d'Herzégovine, a fourni quelques détails sur les procédés antiseptiques adoptés.

Les premiers blessés arrivés à Ismaïlia avaient été pansés à l'huile phéniquée ou à la solution phéniquée ou chlorurée. Après 48 ou même 24 heures, ces pansements étaient déjà odo-

---

aussi de Cnide avec Chrysippe, maître d'Erasistrate. Les philosophes ou physiologistes de Cos étaient, du reste, divisés et subdivisés sous le drapeau du dogmatisme. Dioclès, de Caryste, combat Hippocrate quoique respectueusement. Aucun dogmatique ne regarde Hippocrate comme un oracle, c'est un guide et on n'a pour lui aucune soumission aveugle.

L'école pneumatique admettait la suprématie du πνεῦμα, sorte d'air igné qui pénètre tout le corps. Pour les pneumatistes, les phénomènes du monde grossièrement matériel et inerte, s'expliquaient par l'adjonction d'un principe, d'un esprit moins matériel ou immatériel. Ils attribuaient les dérangements de la santé aux dérangements de cet esprit. Leurs explications aboutissaient à une métaphysique nuageuse. Athénée a été le chef du pneumatisme.

L'épicurisme, transporté en médecine avec la doctrine des atomes, donna, par ses transformations, naissance au méthodisme qui était en renom au temps de Galien. Le méthodisme que nous trouvons développé dans Cælius Aurelianus, d'après Soranus, avait eu pour chefs Asclépiade de Bithynie, Themison de Laodicée, et Thessalus de Tralles. Les méthodistes affirmaient qu'il n'y a pas une seule cause pathologique dont la connaissance importe à la pratique ; ils rapprochaient et classaient les maladies suivant leurs analogies, et les réduisaient à l'état de resserrement ou de relâchement des interstices ou pores, placés entre les atomes composant le corps humain. De là, les *strictum*, *laxum*, *mixtum*. Les méthodistes, à l'encontre des naturistes dogmatiques, soutenaient que la nature n'est pas seulement secourable, mais nuisible parfois ; ils accusaient l'expectation de n'être qu'une sorte de méditation sur la mort. Les méthodistes, appliquant leurs recherches aux maladies chroniques, ont rendu des services en rejetant les vaines théories, en renouvelant l'art médical avec une thérapeutique souvent heureuse.

rants et la plaie de mauvaise aspect. Une feuille de gutta combattait assez efficacement ce résultat, en s'opposant à l'évaporation des liquides antiseptiques qui, sous l'influence de l'élévation de la température, provoquait la formation d'une croûte adhérente de pus et de sang desséchés, offensante pour la plaie, douloureuse au malade, résistant aux bains et aux lotions.

On se trouva beaucoup mieux, à Tell-el-Kebir, de procéder différemment. La blessure et la peau avoisinante étaient lavées avec une solution phéniquée au vingtième; la plaie légèrement saupoudrée d'iodoforme ; par dessus, un morceau de protective, tout juste de la grandeur de la plaie, trempé au préalable dans une solution phéniquée ou boratée; puis deux doubles de lint borique, et fixation du pansement par une bande de gaze. Les blessés ne furent pansés, le lendemain, à Kassassine, qu'au cas d'une suppuration profuse : la plupart arrivèrent à Ismaïlia avec leur premier pansement, qui ne fut même enlevé que 2 ou 3 jours après, lorqu'il commença à se souiller. Dans l'enseignement de Lister, dans les conditions ordinaires, un tel pansement peut rester en place une semaine entière.

Pour ce qui concerne l'antisepsie à la suite des opérations : après l'extraction d'un balle, nettoyage du trajet avec une solution au chlorure de zinc (40 grains pour 1 once au 1/13 environ) ; après les amputations, lavage du lambeau avec la même solution, qui vaut autant contre les hémorrhagies que contre la septicité. Ligature au catgut soufré, vert, de Lister, bien supérieur par sa souplesse, sa force, et le peu de volume qu'il occupe dans les approvisionnements, à l'ancien catgut phéniqué.

A l'hôpital base, on s'est aussi servi d'un mélange de la solution au chlorure de zinc, 1 partie, et de la solution phéniquée au 1/20, 3 parties, qui détache les eschares et déterge admirablement les plaies. L'iodoforme en suspension dans la même solution phéniquée au 1/20, injecté dans les trajets et clapiers, est un excellent désinfectant. Bien que l'iodoforme, dit Crookshank, ait été quelquefois employé dans le pansement de grandes plaies avec plus de largesse que de raison, à l'exception de quelque cas de céphalée et de malaise général, susceptibles d'ailleurs d'être rattachés à d'autres causes, on n'a pas observé à proprement parler d'intoxication iodoformique, dont l'épouvantail a failli amener la proscription d'un agent précieux. Au reste, il sera toujours prudent de se conformer au précepte de Lister, qui est d'éviter les doses massives et de se borner à saupoudrer légèrement les surfaces.

L'enquête relative aux desirata qu'aurait présentés le fonctionnement du service de santé, se poursuit en partie double. Il y a la Commission officielle instituée par le Ministre de la guerre Childers, qui a confié en même temps au sous-secrétaire d'état de la guerre, M. Morley, le soin d'étudier la refonte de cette organisation dans des points faibles, ainsi que du commissariat et du train, en tant que l'expérience actuelle en aurait montré la nécessité. Parallèlement, et plus efficacement, la presse spéciale recherche et provoque de tous côtés des révélations instructives.

Un correspondant du *British medical Journal*, M. Ernest Hart, avec l'autorisation du

---

Les épisynthétiques et les éclectiques, suivant les idées d'Agathinus, d'Archigène, etc., avaient le soin de prendre dans chaque doctrine ce qu'ils jugeaient le meilleur, et ils avaient la prétention de fonder un système ayant les qualités de tous les autres, sans offrir aucun de leurs défauts.

Enfin, au milieu de ce chaos d'opinions différentes, des erreurs indéniables ainsi que des contradictions de systèmes opposés, l'empirisme, qui avait commencé dès les temps hippocratiques, se poursuivait, mais dégénéré, exercé par les habiles ou les fourbes, acclamé par les sots, absolument comme de nos jours.

Les premiers empiriques, Philinus de Cos, Sérapion d'Alexandrie, refusaient à l'esprit toute puissance de dogmatiser, la seule force de l'entendement humain était de recueillir par l'expérience des notions simples qu'on ne devait jamais réunir en système. L'empirisme qui paraissait avoir quelque logique au début, était, sous les Alexandrins, puis à Rome, tombé au dernier degré de la routine et de la nullité.

J'ai essayé de vous donner une idée sommaire et aussi peu embrouillée que possible des sectes médicales anciennes. Au temps où Galien vint à Rome, les méthodiques l'emportaient sur les dogmatiques; ceux-ci ne s'accordant guère, les uns voulant Hippocrate, les autres Hérophile, les autres Érasistrate. Les éclectiques faisaient peu de bruit ; les pneumatistes venaient après les méthodiques; les empiriques, dont le nom était devenu synonyme d'ignorance, se trouvaient avec raison les moins considérés. Les spécialistes exerçaient à Rome sous toutes les formes. Notez cependant que si les empiriques employaient une thérapeutique et une polypharmacie grossières, les relations de l'Afrique avec l'Orient avaient fait arriver à

Ministre de la guerre et l'agrément du docteur Holloway, médecin en chef de Netley, s'est donné la mission d'interroger les malades et blessés, retour d'Egypte.

On sait qu'on a particulièrement critiqué l'exécution du service à bord des bateaux d'évacuation. Le *Malabar*, par exemple, reçut l'ordre de partir d'Ismaïlia, sans aucun délai, pour faire de la place aux blessés de Tell-el-Kebir. Il fallut insister directement auprès de l'amiral Beauchamp Seymour, pour obtenir un délai de 48 heures, nécessaire à préparer la traversée. Il partit ayant à bord 14 officiers et 201 sous-officiers et soldats, un médecin et un aide-médecin, 7 hommes de la troupe de santé. Deux dysentériques moururent dans les premières vingt-quatre heures. Par mesure de précaution, leurs effets et leur linge furent jetes par-dessus bord. En arrivant à Malte, 56 hommes furent débarqués pour rejoindre leurs corps; un plus grand nombre étaient disponibles et auraient été de même renvoyés en Egypte, si on n'avait appris que la guerre finissait inopinément et que Wolseley refusait de nouvelles troupes. A Portsmouth, 12 hommes seulement n'étaient pas sur pied. Comment avait-on vécu pendant la traversée ?

Le département des transports n'avait pas voulu embarquer de bêtes vives, faisant valoir, entre autres motifs, l'incommodité et l'insalubrité du bétail à bord, par les hautes températures. Les hommes n'eurent donc que deux distributions de viande fraîche, à Port-Saïd et à Ismaïlia. Le reste du temps il fut délivré 3 fois la semaine 370 grammes de bœuf de conserve, 2 fois le même poids de bœuf salé, et les deux autres jours du porc salé. Comme légumes, des pommes de terre surtout, des pois cassés, des juliennes. Pain frais pendant 4 jours; biscuit 3 jours. Thé, sucre, porter tous les jours. Sur prescriptions particulièrss, vin, sagou, arrow root, volaille, etc. On avait dit et répété que les malades avaient souffert de la faim, que le thé était faible, le pain dur, la viande coriace, le porter insuffisant comme quantité et comme qualité. Interrogés individuellement, les hommes répondent n'avoir manqué de rien comme ordinaire. Mais le linge a fait complètement défaut : embarqués à la hâte, les malades n'avaient pu être pourvus et les approvisionnements médicaux avaient été rapidement épuisés.

Le *Lusitania*, débarqué à Portsmouth le 7 octobre, l'*Orontes*, le *Black-Prince* ne paraissent pas avoir fourni de sujets de plainte. La *France*, arrivée le 11 octobre, avec 306 malades, eut des passagers moins accommodants. Ils ne paraissent pas cependant avoir beaucoup pâti, puisque, au débarquement, 33 seulement furent envoyés à Netley, le reste immédiat ment aux dépôts. En dehors de la question d'uniformité et d'exiguïté du régime, de la médiocrité de préparation des aliments, details desquels le service de santé n'est que secondairement responsable, il n'y a qu'une voix pour témoigner des soins intelligents et du dévouement de tout le personnel. On a quelquefois articulé un reproche singulier : des blessés, qui n'étaient pas dans le secret Listérien, étant demeurés sans pansement renouvelé des 4, 5 et 8 jours, on a crié à la négligence; il n'a pas toujours été facile de leur faire entendre raison.

Pour ce qui est des difficultés et des embarras de l'organisation des ambulances, on sait que

---

Alexandrie, puis à Rome, une foule de substances médicales inconnues et d'une grande valeur.

Galien, venu à l'heure favorable, protesta contre toutes les sectes. Il déclare ne vouloir en embrasser aucune; il va si loin, qu'il appelle : esclaves, les dogmatiques praxagoréens. Aux invectives, il répond par l'injure. Accablé d'épigrammes telles que παραδοξολόγος (faiseur de paradoxés), παραδοξοποιός (faiseur de merveilles), λογίατρος (médecin phraseur), il lance l'anathême contre les méthodistes, il insulte Asclépiade, il traite ses successeurs d'ânes de Thessalus, de Thessalus qui n'est qu'un tyran et le prince de la folie. Cependant Hippocrate devient son dieu médical, mais ici nous devons penser à des hommages intéressés, parfois il rapetisse le vieillard de Cos, il n'a qu'une admiration raisonnée. S'il dresse un autel à Hippocrate, il place bien en face et un peu au-dessus son propre piédestal.

Un homme aussi doué, aussi réellement capable que Galien, survenant au moment de l'anarchie médicale, eût pu, avec un jugement sévère, recueillir les notions acquises, les classer sagement sans les plier au joug des hypothèses, et suivant la vraie méthode hippocratique.

Tel ne fut point Galien. Il avait le talent et plus de savoir qu'aucun de ces contemporains; par malheur, ces avantages précieux étaient liés à un esprit se complaisant aux explications prolixes, imaginaires, et du dogmatisme le plus absolu. De telle sorte que Galien, le grand compilateur et le systémat que outré, agit, captiva beaucoup plus par ses défauts saisissant et brillants, par ses hypothèses acceptées et conservées aveuglément pendant des siècles, que par ses qualités très réelles.

Jusqu'à l'effondrement de Rome sous les coups des Barbares, la médecine ne fut point asservie à Hippocrate ou à Galien, ce dernier resta combattu et discuté, mais les Arabes,

c'est le retard du *Carthage*, retenu à Alexandrie, on ignore encore par quels ordres, qui a placé ce service dans une situation vraiment critique. Le *Carthage* avait à bord le matériel suffisant pour cinq field-hospitals; deux au maximum ont pu être débarqués et figurer utilement dans les opérations qui ont suivi; le manque de moyens de transport a paralysé toute autre mobilisation. L'histoire des 10,000 mulets que le commissariat dut faire acheter en toute hâte, un peu partout, en passant par tous les prix, est la fable du monde militaire; les mulets sont arrivés après Tell-el-Kébir. D'après la *Revue britannique*, le War Office, fort embarrassé de cette cavalerie devenue inutile, a fait d'abord annoncer que les bêtes seraient vendues à l'enchère à Gibraltar; mais de telles clameurs se sont élevées dans les journaux de l'opposition qu'il a fallu renoncer à donner suite à cette idée; on se propose actuellement d'en envoyer le plus grand nombre à Chypre et à Malte, pour remplacer les chevaux aux travaux de route et de fortification si on ne se décide à les utiliser dans l'artillerie du Royaume-Uni.

Le personnel du field-hospital est trop restreint; c'est ce que les évènements ont surabondamment démontré. 37 hommes du service technique sont attachés à chaque ambulance ; en retirant 15 cuisiniers, gardiens de matériel, employés, etc., on reste à 22 infirmiers pour 200 malades, c'est-à-dire un infirmier pour 7, tandis que dans la marine royale on en compte 1 pour 7, aux Indes 1 pour 5 et en Angleterre même 1 pour 10.

Ernest Hart pense encore que les rapports multiples, et pour les questions les plus infimes, que le Corps de santé doit entretenir avec le commissariat, les transports et l'ordonnancement, compliquent bien inutilement le fonctionnement du service et en stérilisent les meilleures dispositions.

Ce n'est pas un esprit de mesquine critique qui nous porte à insister sur ces lacunes et à signaler ces *desiderata.* Dans cette enquête, qui est en même temps une initiation, il y a autant de profit à montrer les écueils à éviter que les exemples à suivre. Avec une organisation tout entière à éprouver, et dont les apparences libérales seraient pour quelques-uns grosses de pièges et de dangers, le gâchis anglais d'hier peut être le gâchis français de demain; sachons tirer parti de cette école.

R. LONGUET.

Par décret en date du 3 novembre 1882, le travail des filles mineures employées au triage ou au délissage des chiffons est interdit dans les ateliers reconnus insuffisamment aérés ou ventilés.

Il est interdit d'employer les enfants aux opérations qui dégagent des poussières dans les ateliers où l'on travaille à sec la corne, les os et la nacre. Il est également interdit de les employer à un travail quelconque dans les mêmes ateliers lorsque les poussières s'y dégagent librement.

---

possesseurs de livres galéniques, placèrent Aristote, Galien et Avicenne, au rang le plus élevé. Pendant la longue période d'éducation des peuples qui s'appelle le moyen âge, l'autorité de Galien fut suprême, indiscutable, ayant force de loi. Il fallut Paracelse, Van Helmont, Vésale, surtout Harvey, et enfin les modernes, pour détrôner le galénisme si longtemps triomphant.

(*A suivre.*) Professeur LABOULBÈNE.

CONSERVATION DES ŒUFS. — Bien des procédés, plus ou moins efficaces, ont été imaginés pour conserver les œufs. Voici, d'après le *Scientific American*, un moyen considéré comme donnant d'excellents résultats :

On met les œufs dans un baril, et on les recouvre d'une dissolution froide d'acide salicylique. On maintient le tout au moyen de quelques petites planches flottant sur le liquide, et que l'on recouvre d'un linge pour empêcher la poussière de pénétrer. Ainsi préparés, les œufs se conservent fort longtemps, mais il faut s'en servir dès qu'on les retire du baril.

Pour faire la solution salicylique, on dissout l'acide dans l'eau bouillante, à raison d'une cuillerée à bouche d'acide pour cinq litres d'eau. Il n'est pas nécessaire de faire bouillir toute l'eau, l'acide se dissolvant parfaitement dans une quantité moindre : on ajoute le reste froid. Il faut éviter de mettre la dissolution en contact avec un métal. Dans une cave bien aérée, elle se conserve trois mois; autrement il faut la renouveler.

Le beurre, pétri avec cette dissolution d'acide salicylique et mis dans des jarres en grès, se conserve tout l'hiver. On doit le recouvrir d'une mousseline mouillée avec la dissolution, et qu'on renouvellera de temps en temps. On couvre les jarres avec du papier buvard saturé de glycérine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

SOMMAIRE. — Nécrologie. — Rapport sur quatre observations de tarsotomie pratiquée chez des enfants atteints de pied bot; discussion. - Lectures : Observation d'ulcération et de perforation de l'artère iliaque externe dans un abcès froid de la hanche, suite de coxalgie suppurée; — modification du procédé d'Esmarch pour remédier à l'ankylose de la mâchoire inférieure; — modification du procédé de de Graëfe pour l'opération de la cataracte; — de l'extension et de la contre-extension appliquées au membre inférieur, considérées au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. — Présentation de malade : Extirpation des trois quarts de la langue pour un épithelioma tubulé de cet organe — Présentation d'instrument : Nouveau forceps à aiguille. — Présentation de pièce pathologique : Thyroïdectomie au moyen de l'écraseur linéaire.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Prestat, membre correspondant à Pontoise.

M. le président annonce que MM. Bourgeois (d'Etampes) et Charles Dubreuil (de Bordeaux), membres correspondants, assistent à la séance.

— M. POLAILLON donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Beauregard (du Havre) contenant quatre observations de tarsotomie pratiquée par ce chirurgien chez des enfants atteints de pied bot. Chez tous ces malades, le traitement par la ténotomie et les appareils orthopédiques avait complètement échoué; la tarsotomie a réussi à corriger la difformité et à permettre aux petits malades de se tenir debout et de marcher, en s'aidant momentanément de quelques légers appareils orthopédiques qui pourront être supprimés plus tard. Des moules en plâtre et des photographies montrent l'état des malades avant et après l'opération.

Bien que les opérations pratiquées par M. Beauregard aient été heureuses, qu'elles n'aient pas été suivies d'accidents graves et que leur guérison ait été rapide, M. le rapporteur croit devoir rappeler néanmoins que la tarsotomie présente des dangers sérieux, que d'après les statistiques les plus favorables, cette opération compte environ 2 décès sur 37 cas, soit une mortalité de 5 1/2 p. 100. Cette opération est donc loin d'être bénigne, et les chirurgiens ne doivent la pratiquer qu'avec la plus grande réserve.

Le but de la tarsotomie étant de modifier la difformité de manière à permettre aux malades de s'appuyer sur la plante du pied pour se tenir debout et marcher, M. le rapporteur ne voit pas que les opérations pratiquées par M. Beauregard aient réalisé complètement le but, quant à présent, puisque ses opérés sont encore dans l'obligation de se servir de petits appareils orthopédiques. Les résultats obtenus ne peuvent donc être considérés que comme des résultats partiels et incomplets.

M. le rapporteur se demande pourquoi la tarsotomie si usitée à l'étranger, particulièrement en Allemagne où elle est entrée dans la pratique courante, a été accueillie avec tant de froideur en France où elle n'a été pratiquée encore que par deux ou trois chirurgiens. M. J. Guérin, dont on ne saurait nier la compétence en pareille matière, en a donné pour raison qu'il n'est pas de pied bot qui résiste au traitement par l'application de bons appareils orthopédiques combinée avec les sections tendineuses.

M. Polaillon partage entièrement l'opinion de M. Jules Guérin en ce qui concerne l'opération de la tarsotomie pratiquée chez les enfants; mais, pour les adultes, il admet avec M. Tillaux qu'il est des cas de pied bot qui ne peuvent être guéris par les moyens ordinaires : massage, ténotomie, orthopédie; on est obligé de recourir alors à la tarsotomie qui peut, dans ces cas, donner de bons résultats.

M. le rapporteur termine en proposant : 1° d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Beauregard (du Havre); 2° de déposer honorablement son mémoire aux *Archives*.

M. Théophile ANGER dit qu'il a eu à traiter dans son service, un homme de 36 ans atteint de pied bot paralytique datant de son enfance. Cet homme n'est pas venu à l'hôpital pour sa difformité, mais afin d'y être traité d'un ulcère atrophique du pied par paralysie des nerfs vaso-moteurs. Cet ulcère était survenu à la suite d'un coup reçu sur le pied et avait acquis, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, les dimensions d'une pièce de 2 francs. Le pied était constamment froid et la peau avait une teinte bleuâtre; l'ulcère persistait dans le même état depuis deux mois.

M. Théophile Anger proposa au malade de lui redresser le pied, dont la déformation très considérable l'obligeait de marcher sur la face dorsale de l'organe. Il fit d'abord la section du

tendon d'Achille et appliqua ensuite un appareil destiné à redresser le pied par l'action continue de bandes de caoutchouc s'exerçant d'une manière permanente. Au bout de six semaines, le redressement était assez marqué pour permettre au malade de s'appuyer et de se tenir debout sur la plante du pied; au bout de deux mois, il pouvait faire quelques pas et, au bout de six mois, il quittait l'hôpital marchant parfaitement sur la plante du pied avec des souliers ordinaires.

M. Anger n'est point partisan de la tarsotomie; il ne croit pas que les résultats placés par M. Beauregard sous les yeux de la Société de chirurgie soient de nature à rallier les chirurgiens à la pratique de cette opération. Ces résultats, en effet, sont loin d'être convaincants; ils sont incomplets puisque les opérés doivent porter encore des appareils qui leur permettent de marcher; il y a donc lieu d'attendre de nouveaux faits avant de faire entrer la tarsotomie dans la pratique chirurgicale.

M. Anger pense que s'il a été possible, chez un adulte de 36 ans, de redresser un pied extrêmement difforme, à plus forte raison la chose est-elle possible chez les enfants. Suivant lui, l'usage des bandes de caoutchouc facilite singulièrement ce résultat en permettant de lutter d'une manière continue contre la rétraction des tissus.

En ce qui concerne l'atrophie, par troubles de l'innervation vaso-motrice, que l'on observe dans la paralysie infantile, cette altération des tissus peut porter non-seulement sur les muscles, mais encore sur les os. Il importe, tout en redressant le pied bot, de chercher à rappeler la vitalité dans les muscles et la peau qui est froide, bleuâtre et parfois atteinte d'ulcères dont la guérison s'opère avec une extrême lenteur. Dans ces cas, M. Anger a l'habitude de prescrire des frictions répétées avec l'alcool, avec le benjoin et de faire des applications de courants continus qui peuvent, dans certains cas, rester appliquées pendant des nuits entières.

M. Anger a remarqué qu'un membre soumis régulièrement à l'action des courants continus devient le siège d'une nutrition plus active que le membre du côté opposé. Il a observé ce fait dans plusieurs cas de pied bot paralytique. Dans l'un de ces cas, au bout de trois mois d'applications de courants électriques continus, le membre malade avait notablement plus gagné en longueur et en volume que celui du côté sain. La cessation des courants continus ramena l'atrophie, et leur réapplication reproduisit cette suractivité de nutrition si remarquable dans le membre paralysé. C'est ainsi que se guérissent, entre autres troubles de la nutrition dans les parties atteintes de paralysie infantile, les ulcères semblables à celui du malade dont M. Anger vient de rapporter l'histoire.

M. Verneuil approuve complètement les conclusions du rapport de M. Polaillon. Chez les jeunes enfants, il est ordinairement inutile de pratiquer l'excision des os du tarse dans le cas de pied bot; la ténotomie et les appareils orthopédiques suffisent pour redresser le pied et corriger, avec la difformité, le trouble fonctionnel qui l'accompagne.

Quant aux adultes atteints de pied bot, deux conditions peuvent se présenter : ou les malades peuvent marcher avec leurs pieds difformes, comme on en voit tous les jours courir et gambader dans les rues et les places publiques, et alors il est parfaitement inutile de les exposer aux dangers d'une opération aussi grave que la tarsotomie; ou bien leur difformité les empêche de marcher et alors on peut rétablir la fonction du membre par la section du tendon d'Achille, la section de l'aponévrose plantaire, et par l'application d'appareils *très bien faits* satisfaisant aux trois conditions suivantes : 1° Redressement de la flexion qui existe entre le tarse et le métatarse; 2° Abaissement du talon; 3° Relèvement du dos du pied.

En examinant les moules et les photographies que M. le docteur Beauregard a joints à ses observations de tarsotomie, M. Verneuil n'a pas trouvé que les difformités fussent de nature à exiger une opération telle que la tarsotomie; les sections tendineuses et les appareils orthopédiques eussent très probablement suffi. Il ne faut donc pas accepter sans contrôle les opérations proposées aujourd'hui pour le traitement des pieds bots, surtout chez les enfants. Quant aux ulcères, par défaut de nutrition des tissus, consécutifs aux troubles de l'innervation vaso-motrice dans la paralysie infantile, M. Verneuil dit que cette question a été déjà complètement traitée dans un très bon travail de M. Nepveu.

M. Després se joint à ses collègues pour rejeter complètement la tarsotomie dans les cas de pied bot. Il y a vingt-cinq ou trente ans, dans une discussion célèbre, Malgaigne exerçait sa verve caustique contre la méthode de traitement du pied bot par la ténotomie et le redressement à l'aide des appareils orthopédiques. Malgaigne avait raison quand il soutenait que la ténotomie n'est pas par elle-même une méthode curative des difformités congénitales; la ténotomie n'est en réalité qu'une opération préliminaire destinée à favoriser l'application des appareils redresseurs.

Duchenne (de Boulogne) s'était bien rendu compte des conditions exigées pour le traite

ment du pied bot, quand il proposait et faisait fabriquer des appareils dans lesquels les muscles paralysés étaient remplacés par des ressorts à boudin. Si les malades de M. Beauregard avaient été traités par les appareils de Duchenne (de Boulogne), ils seraient probablement dans de meilleures conditions que celles où les représentent les photographies mises sous les yeux de la Société de chirurgie.

Chez l'adulte atteint de pied bot incurable, M. Desprès préfère de beaucoup, à la tarsotomie, soit l'amputation sous-astragalienne, soit l'amputation de Le Fort ou de Pirogoff.

M. Chauvel dit qu'il ne faudrait pas juger la tarsotomie d'après les exemples peu brillants présentés à la Société de chirurgie par M. Beauregard. A l'étranger, on a obtenu de cette opération des résultats incontestablement supérieurs.

M. Polaillon partage l'opinion de M. Verneuil sur la tarsotomie et la supériorité du traitement du pied bot par les sections tendineuses et les appareils orthopédiques, avec cette réserve, toutefois, qu'il n'est pas toujours possible de redresser la difformité chez les enfants et surtout chez les adultes par l'emploi de ces derniers moyens. Il est des cas où, malgré les sections tendineuses et les meilleurs appareils, le redressement ne peut être obtenu et il faut alors recourir à la tarsotomie comme dernière ressource. Dans les cas de M. Beauregard, peut-être les moyens orthopédiques employés, avant d'en venir à l'opération, n'ont-ils pas été mis en œuvre avec toute la persévérance désirable; peut-être eût-on obtenu, par ces moyens, un redressement plus complet que celui que montrent les photographies.

— M. le docteur Charvot, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit une observation d'ulcération et de perforation de l'artère iliaque externe par un abcès froid, chez un jeune militaire atteint de coxalgie suppurée. (Comm. : MM. Cruveilher, Monod et Lannelongue.)

— M. le docteur Blum, professeur agrégé à la Faculté, lit un travail relatif à une modification du procédé d'Esmarch pour la résection de la mâchoire inférieure dans l'ankylose de cette articulation. Ce travail est renvoyé à la commission désignée pour l'examen des titres des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire.

— M. le docteur Galezowski lit un travail relatif à une modification du procédé de de Graëfe pour l'extraction de la cataracte (Comm. MM, Perrier, Pozzi et Terrier).

— M. docteur Hennequin lit un travail intitulé : *De l'extension et de la contre-extension appliquées au membre inférieur considérées au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.* (Comm. MM. Delens, Marc Sée, Tillaux.)

— M. Desprès présente un malade auquel il a pratiqué, il y a quelques jours, l'ablation de la presque totalité de la langue, à l'aide de l'écraseur linéaire, pour un épithélioma tubulé ayant pour origine une plaque de psoriasis. Sans se faire d'illusion sur le résultat final d'une opération qui doit être fatalement suivie de récidive, M. Desprès demande à ses collègues de vouloir bien comparer les résultats actuels de l'opération partielle qu'il a pratiquée chez son malade, aux résultats obtenus par des opérations plus étendues et plus radicales; les premiers lui paraissent de beaucoup supérieurs aux seconds, puisqu'ils lui ont permis de faire sortir le malade de l'hôpital pour ainsi dire au lendemain de l'opération et de le montrer à la Société de chirurgie.

— M. Guéniot présente, au nom de M. le docteur James Dupont, un nouveau forceps à aiguilles qui présenterait, au dire de l'auteur, les trois avantages suivants : 1° de permettre à la tête du fœtus de conserver sa mobilité et de tourner sans être contraint comme dans le forceps ordinaire; 2° de permettre à l'opérateur de toujours suivre de l'œil le sens des tractions indiqué par la direction de l'aiguille; 3° enfin, le dernier et capital avantage de cet instrument serait que le point de préhension étant plus rapproché du centre de la tête, il serait plus facile d'opérer les tractions en faisant suivre à la tête du fœtus le centre du bassin.

— M. le docteur Beauregard (du Havre) communique une observation de thyroïdectomie au moyen de l'écraseur linéaire. (Comm. MM. Lucas-Championnière, Marc Sée et Delens.)

A. T.

CHRONIQUE

Exposition coloniale médicale d'Amsterdam. — L'an prochain 1883, de mai à octobre, il se tiendra à Amsterdam une exposition internationale coloniale et d'exportation générale. Sur l'initiative de l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences, le comité exécutif a résolu d'ajouter à l'Exposition coloniale une section spéciale, qui formera une Exposition colo-

niale médicale, et qui sera ouverte en même temps que l'Exposition générale. La section médicale a pour but l'augmentation des connaissances que nous avons de l'état sanitaire et médical des Colonies et des possessions d'Outre-Mer. Elle sera divisée en trois classes dont voici le programme résumé.

Classe I : *Hygiène publique dans les Colonies* : Commissions sanitaires. — Eaux potables. — Surveillance et examen des denrées alimentaires. — Règlements sur le débit de l'opium, du hachisch et des boissons fortes et enivrantes. — Etablissements de bains et sanitaires. — Construction des bâtiments de l'Etat au point de vue hygiénique. — Cimetières, crémation, vidanges, égouts. — Professions, cultures, métiers insalubres. — Mesures contre les maladies contagieuses, endémiques et épidémiques, prostitution, vaccination, quarantaines. — Statistiques mortuaires.

Classe II : *Organisation du service médical.* — Direction et administration du service médical civil et militaire; distribution et réglementation des médecins dans les villes et villages. — Enseignement médical spécial des médecins des colonies dans la mère patrie. Ecoles médicales dans les colonies, bâtiments; livres d'études; pièces anatomiques, etc. Formation de sages-femmes, de vaccinateurs.

Classe III. *Secours aux malades et blessés, leur transport et leur traitement par les indigènes.* — Modèles et plans des hôpitaux civils et militaires, des maternités, des maisons d'aliénés, des établissements pour l'isolement des lépreux. — Organisation des ambulances; objets employés et provenant des Colonies elles-mêmes. — Moyens de transport des malades et blessés par terre et par eau. — Littérature médicale des Colonies. — Traitement médical et habitudes hygiéniques des indigènes; leurs appareils et instruments médicaux; medicaments indigènes. — Traitement par les indigènes des intoxications et des blessures vénéneuses. — Soins et secours obstétricaux par les indigènes pendant et après l'accouchement. Appareils, instruments, etc.

L'emplacement destiné à l'Exposition coloniale médicale étant restreint, le comité de la section (président, M. le professeur Stokvis; secrétaire, M. le docteur Van Leent) prie les exposants d'envoyer de préférence des modèles, des dessins, des plans, dans le cas où les objets ont de grandes dimensions. L'Exposition dans la section médicale est gratuite. Les objets destinés à la section y seront reçus jusqu'au 1er avril 1883, et les colis devront être envoyés à l'*Exposition d'Amsterdam, section coloniale médicale.*

A l'occasion de l'Exposition coloniale, un congrès international de médecins des Colonies se réunira en septembre 1883.

Le congrès international des sciences médicales devant avoir lieu à Copenhague au mois d'août, nous exprimons le vœu que les deux comités d'organisation s'entendent pour que les deux congrès aient lieu à peu de temps l'un de l'autre, afin que les membres qui auront assisté au congrès de Copenhague puissent s'arrêter au retour à Amsterdam et assister au congrès médical colonial.

La Société française d'ophthalmologie. — L'idée de fonder une Société d'ophthalmologie de langue française avait été émise au Congrès d'Amsterdam par la section d'ophthalmologie. Un comité fut nommé alors pour en préparer la mise à exécution, mais il n'y fut pas donné suite. M. le docteur Chibret, de Clermont-Ferrand, vient d'élaborer un projet nouveau qui a été publié dans la *Revue d'oculistique du sud-ouest.*

M. Chibret pense que la nécessité de créer une Société d'ophthalmologie s'impose, en présence de l'extension que la presse relative à cette spécialité a prise elle-même. L'ophthalmologie s'organise comme science, des chaires spéciales sont fondées à Paris et en province, les journaux publient les travaux des oculistes, il manque une réunion devant laquelle puissent se discuter les opinions émises par les écrivains. La libre discussion fournit un moyen de juger sérieusement la valeur des communications, et de ramener à leur juste valeur des théories souvent trop personnelles et plus séduisantes que justes.

Nous ne voulons pas discuter l'utilité et l'opportunité de la Société que M. Chibret propose de fonder; comme toutes les Sociétés, elle aura des avantages et des inconvénients, et les uns et les autres dépendent beaucoup plus de la manière dont le président dirige les travaux de la Société, que de la composition et du règlement de celle-ci. Que les membres choisissent donc bien leur bureau, de façon à ce qu'il fasse ressortir autant que possible l'utilité de l'association et qu'il en dissimule avec non moins de soin les inconvénients. Nous ne pouvons donc qu'approuver la proposition faite par M. Chibret, et dont voici les points principaux.

L'association des ophthalmologistes de langue française est ouverte à tous, et convie plus spécialement les ophthalmologistes de langue latine. (Pourquoi cependant cette restriction ?) Elle se réunit annuellement à Paris dans la dernière semaine de janvier. La Société sera cons-

tituée et l'époque de la réunion fixée dès qu'il sera parvenu 25 adhésions. Le règlement définitif et le chiffre de la cotisation annuelle seront fixés plus tard.

Les adhésions peuvent être adressées, dès à présent, au bureau de la *Revue d'oculistique du sud-ouest*, à Bordeaux.

Retraite des professeurs des Facultés, Écoles, etc. — M. le Président de la République, sur le rapport de M. Duvaux, ministre de l'instruction publique, vient de rendre à ce sujet le décret suivant :

Les professeurs titulaires des Facultés, des Écoles supérieures, de plein exercice et préparatoires, des Lycées et Collèges, qui réunissent les conditions légales pour être admis à la retraite, ne peuvent y être admis que sur leur demande ou après que M. le ministre a pris l'avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique. Les délibérations de la section, dans les affaires de cet ordre, ne sont valables que si la moitié plus un des membres sont présents.

On ne voit pas trop ce que ce décret changera à l'état de choses actuel, puisque les professeurs ne pourront être mis à la retraite que sur leur demande, ou qu'avec le consentement du Conseil supérieur de l'instruction publique. Les demandes d'honorariat, d'une part comme de l'autre, seront extrêmement rares, et lorsque l'âge ou les fatigues obligeront un professeur à se reposer, ce n'est pas un remplaçant qu'il demandera, mais un suppléant. Ne serait-il pas plus profitable pour les élèves, tant au point de vue des cours que des examens, de fixer une limite d'âge à laquelle tout professeur, comme les chirurgiens des hôpitaux, serait obligé de prendre sa retraite ? Cette mesure aurait encore un autre avantage, celui de donner satisfaction aux légitimes ambitions de ceux qui sont appelés à remplacer définitivement les professeurs et qui, comme des exemples récents l'ont démontré, occuperaient si dignement et si utilement la chaire qui leur serait confiée.

Ouverture de l'hôpital Bichat, à Saint-Ouen. — L'inauguration de cet hôpital, depuis si longtemps désirée, aura lieu décidément le 1[er] décembre prochain. M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a communiqué à cet effet la circulaire suivante aux directeurs des hôpitaux de Paris.

« Monsieur le directeur,

« L'ouverture de l'hôpital Bichat ayant été fixée au 1[er] décembre prochain, il importe que les médecins et le chirurgien qui auront la direction des deux services de médecine et du service de chirurgie de cet établissement, soient à même de prendre leurs fonctions à cette date.

« Vous voudrez bien en informer MM. les chefs de service de votre établissement, et prier ceux d'entre eux que leur rang d'ancienneté appelle à occuper ces places, ou qui voudraient profiter des mutations auxquelles les choix de leurs collègues pourront donner lieu, de m'adresser leur demande dans le plus bref délai possible.

« Je vous prie de leur faire savoir, en outre, qu'ils recevront ultérieurement avis des autres vacances qui doivent se produire à la fin de l'année.

« Recevez, etc. »

Les hôpitaux sous tente en Amérique. — Les faits regrettables qu'occasionne, dans les hôpitaux, l'encombrement excessif provoqué par les épidémies, donnent une certaine opportunité à une très intéressante étude sur les hôpitaux temporaires que publie actuellement le *State Board of health* de New-York.

Ces hôpitaux ne sont autre chose que des tentes de forme rectangulaire, dont voici la description :

Ces tentes sont divisées en quatre compartiments et séparées par un espace de vingt pieds ; d'un côté se trouve la salle des malades, de l'autre celle des convalescents ; ici, la cuisine, la lingerie et la salle à manger ; là, la chambre à désinfecter et la pièce où attendent les morts jusqu'à la cérémonie de l'inhumation.

Ces refuges hospitaliers, aussi avantageux qu'économiques, sont établis avec cette science du confort qui distingue si bien les Anglais et les Américains. Aussi on peut dire, sans être taxé d'exagération, que rien de ce qui peut augmenter le bien-être des malades n'y a été omis, et cela sans qu'il y ait eu un pouce de terrain de perdu.

C'est ainsi que la chambre des malades est disposée pour recevoir de six à neuf personnes ; elle a une hauteur moyenne de 14 pieds, fournissant 9,420 pieds cubes d'air ; mais sa largeur peut être augmentée sans nuire pour cela à son aménagement. Dans ce cas, chaque espace de 10 pieds supplémentaires donne 2,080 pieds carrés, ce qui permet de recevoir deux ou trois malades en plus.

Des séparations légères, en forme d'écran, faites de fortes mousselines apprêtées et tendues sur des charpentes de bois, complètent l'aménagement en isolant les lits les uns des autres.

P.

COURRIER

Bienfaiteurs de l'Association générale des médecins de France. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

De MM. les Drs Burdel (de Vierzon)	100	francs.
Eugène Petit (Krishaber)	200	—
Pfeiffer	100	—
Paul Reynier	58	—
Leroy-Dupré	200	—
Vergne	100	—
Jules Bergeron	1,040	—
Émile Vidal	500	—
Tessereau	300	—
Total	2,598	francs.

Mutations dans les hôpitaux de paris. — Par suite de l'ouverture des nouveaux services de l'hôpital Bichat et de l'hôpital d'Ivry le 1er décembre prochain, les mutations suivantes vont avoir lieu parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux :

Médecins. — M. Gérin-Roze passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Bichat.

M. Gouguenheim passe de Lourcine à l'hôpital Bichat.

M. Landouzy, médecin du Bureau central, prend le service de l'hôpital Tenon.

M. Rathery, médecin du Bureau central, prend le service de Lourcine.

Chirurgiens. — M. Terrier passe de la Salpêtrière à l'hôpital Bichat.

M. Delens passe de Tenon à Saint-Antoine.

M. Gillette passe de Bicêtre à Tenon.

M. Monod, chirurgien du Bureau central, prend le service d'Ivry.

Si M. Marchand prend le service de Bicêtre, M. Berger restera à Lourcine et M. Pozzi, chirurgien du Bureau central, deviendra titulaire de la maternité de Cochin. Si M. Marchand restait à Cochin, M. Berger prendrait Bicêtre et M. Pozzi Lourcine. — La décision de M. Marchand n'est pas encore connue.

Faculté de médecine de Paris. — M. Villejean est nommé chef du laboratoire de pharmacologie en remplacement de M. Valmont.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est délégué temporairement, en la même qualité, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Récompenses. — M. le docteur Luzaray, de Mézin (Lot-et-Garonne), ayant, à Biarritz, le 3 septembre 1882, sauvé au péril de sa vie, une personne qui avait été précipitée par une lame dans le bassin du port, vient de recevoir une médaille d'honneur (médaille d'argent de deuxième classe).

— M. le docteur Garnier, maire de la commune de Montriond (Haute-Savoie), vient de recevoir une médaille d'honneur (médaille d'argent de deuxième classe). Le docteur Garnier a contracté, en juillet 1882, une grave maladie, en prodiguant ses soins à un enfant qui avait été retiré de la Durance par le sieur Prémat, et qu'il est parvenu à rappeler à la vie.

— M. Trehyou, pharmacien à Paris, ayant sauvé, le 20 mars 1882, une personne sur le point de se noyer, vient de recevoir une mention honorable.

Choléra. — Alexandrie, 21 novembre. — La commission sanitaire a reçu de la Mecque des nouvelles contradictoires. Tandis que le rapport de l'inspecteur ottoman constate, à la date du 11 novembre, que le choléra a disparu, le délégué égyptien déclare, de son côté, que le choléra existe toujours.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Le doctorat ès sciences médicales. — Si nous revenons sur cette question, bien qu'elle semble déjà résolue dans l'esprit de notre Faculté, c'est que des propositions de réformes faites avec une telle incompétence et une pareille légèreté font courir, à nos yeux, de véritables dangers à la profession et aux études médicales.

Nous avons décidément pour adversaire notre excellent confrère et ami M. de Ranse, qui, dans la *Gazette médicale* du 25 novembre, nous reproche d'avoir appelé « très personnel » son premier article. M. de Ranse s'est mépris sur notre pensée ; en écrivant l'adjectif « très personnel », nous n'avons pas voulu dire qu'il était seul de son avis, mais bien que son travail empruntait une réelle valeur aux études personnelles de l'auteur sur notre organisation médicale.

M. de Ranse a parfaitement raison de demander qu'on interroge l'opinion publique. Mais sur ce point, nous pensons qu'il sera battu ; car nous pourrions lui montrer deux lettres, l'une venant d'Hyères et l'autre de Lille, qui lui donneraient à penser qu'au Midi comme au Nord, sans parler de la Capitale, c'est plutôt notre avis qu'on partage.

Aussi bien, pourquoi veut-il en appeler *des agrégés* à l'opinion publique? Nous croyons bien, avec notre confrère, que dans certaines enquêtes il ne faut pas s'en rapporter seulement aux « principaux intéressés ». Mais ce n'est pas une raison pour empêcher qu'on demande « à des professeurs et à des agrégés, si l'institution d'un doctorat ès sciences médicales, capable de diminuer l'intervalle qui sépare leur titre du simple doctorat en médecine, est vraiment bien utile. » En quoi, justes dieux ! sommes-nous intéressés dans ce débat, si ce n'est comme fabricants d'un certain nombre de docteurs par année, fabricants ayant chance, avec vos projets de réforme, de voir déprécier leurs produits? De deux choses l'une : ou le doctorat ès sciences médicales sera un titre professionnel, dont les simples docteurs pâtiront; ou bien l'adjectif accolé au mot nouveau lui donnera un caractère purement scientifique, à l'usage de quelques savants. Dans les denx cas, vous nous accorderez bien que l'agrégation et les hôpitaux sont *au-dessus* ou *en dehors* de la question.

Nous n'avons plus peur aujourd'hui qu'on donne au nouveau grade un caractère professionnel. Tous les médecins dont nous avons demandé l'avis sont unanimes à refuser qu'on multiplie les catégories de praticiens ; tous répondent qu'il y en a déjà trop, et la plupart vont jusqu'à réclamer la suppression des officiers de santé.

Mais un titre scientifique? Il semble que la commission nommée par la Faculté y ait quelque tendance, et nous avouons qu'ici nos frayeurs se calment. S'agit-il simplement de nommer *docteur ès sciences physiologiques* un chef de laboratoire qui aura bien voulu, pour gravir ce sommet, rédiger un mémoire spécial ? Pourvu qu'il n'y ait pas de malentendu possible, et qu'une formule trop vague n'ouvre pas la porte aux abus, nous cédons volontiers. Mais en conscience, pour avoir le plaisir de donner un pendant aux docteurs ès sciences physiques et naturelles, et de combler une lacune dont ne s'apercevaient même pas « les principaux intéressés », était-ce la peine de remuer ciel et terre ?

En résumé, ce projet de réformes s'annonçait comme le fruit de méditations profondes sur les questions médicales. Pris dans ces termes, nous le repoussons au nom des intérêts vitaux et de la dignité de notre art. Nous l'acceptons comme inu-

tile, mais inoffensif, à la condition de le réduire aux proportions minuscules d'un honneur sans fonctions.

Les sujets de réforme ne sont pas ce qui manque le plus, et, si l'administration voulait sérieusement nous interroger, nous aurions sans doute beaucoup de choses à lui dire sur les moyens à employer pour faire de bons médecins. Mais il faudrait qu'elle nous interrogeât sur les questions pressantes avec le désir de nous écouter, au lieu de feindre un beau zèle en changeant de conversation. — L.-G. R.

PATHOLOGIE INTERNE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PAPHOGÉNIE DE LA VARIOLE HÉMORRHAGIQUE (1),

Par le docteur L.-H. PETIT,

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

Au commencement de l'année dernière, plusieurs Esquimaux, débarqués à Hambourg au mois de septembre 1880, mouraient de variole hémorrhagique à l'hôpital Saint-Louis, de Paris.

Ces malades étaient jeunes, vigoureux, robustes, non adonnés à l'alcoolisme, et cette terminaison si constamment fatale frappa vivement M. le docteur Landrieux, dans le service duquel ils étaient entrés.

Ne trouvant pas ailleurs la cause de ces morts foudroyantes, M. Landrieux la chercha dans les désordres anatomo-pathologiques. Outre des hémorrhagies internes multiples, les quatre Esquimaux, dont il put faire l'autopsie, présentaient un foie énorme, pesant de 2 à 3 kilogs, complètement gras, des ganglions mésentériques très développés, bien qu'il n'y eut pas de lésion de la muqueuse intestinale, des reins extrêmement volumineux et envahis en partie par une dégénérescence granulo-graisseuse, enfin un cœur surchargé de graisse.

M. Landrieux pensa que l'extrême gravité de cette épidémie devait être attribuée surtout à la stéatose du foie, conséquence du genre d'alimentation des Esquimaux, qui se nourrissent exclusivement d'huiles, de graisses, de poissons.

Partisan convaincu depuis longtemps des idées que propage mon cher maître, M. Verneuil, au sujet de l'influence des altérations viscérales, du foie, des reins, et du cœur en particulier, sur la production des hémorrhagies chirurgicales, je trouvai tout naturel de voir M. Landrieux attribuer aux lésions viscérales constatées chez les Esquimaux la forme grave de variole qui les avait emportés.

J'étais même persuadé que tous les médecins devaient être d'accord à cet égard, et ce fut par simple curiosité que je cherchai dans nos classiques leur opinion sur la coïncidence si remarquable présentée par les Esquimaux. A mon grand étonnement, je n'en trouvai nulle mention dans Grisolle, et la citation pure et simple des lésions dans les ouvrages de Niemeyer et de M. Jaccoud : pas un mot sur la relation de cause à cet effet.

Désireux d'élucider autant que possible cette question, je me mis à parcourir les observations consignées dans les thèses récentes, en particulier celles qui avaient été écrites sur l'épidémie française de 1870, J'interrogeai en outre plusieurs professeurs de la Faculté, des médecins des hôpitaux, sur leurs opinions à l'égard des causes des varioles graves et de la signification des lésions viscérales dans les varioles dites malignes, et voici les renseignements que j'en pus tirer.

Pour la grande majorité des auteurs, la variole est une affection générale qui jouit de la propriété d'altérer rapidement l'organisme et d'amener des dégénérescences multiples des organes, la stéatose en particulier. En un mot, les altérations organiques seraient le fait de la variole.

Cette opinion se reflète dans plusieurs travaux écrits sur ce sujet.

« Quant aux faits de variole hémorrhagique, dit M. Dop, leur étude ne fournit

(1) Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à La Rochelle, le 26 août 1882.

aucune donnée qui puisse concourir à éclairer la question de l'étiologie. Nous sommes donc obligé d'admettre, à l'exemple de presque tous les auteurs, l'influence simultanée de plusieurs causes réunies sous le nom vague de génie épidémique. Nous devons pourtant ajouter que cette cause, que nous ne pouvons saisir, se trahit par des effets que l'on peut rapprocher de ceux produits par d'autres causes qui nous sont bien connues. » (Dop, *De la variole hémorrhagique*, thèse de Paris, 1870, p. 10.)

Ces effets, d'après M. Dop, seraient entre autres, la dégénérescence graisseuse du foie, des reins et des capillaires, et diverses altérations du sang.

Remarquant que l'on trouve les mêmes lésions anatomiques dans l'empoisonnement aigu par le phosphore et l'arsenic, et dans diverses maladies à forme pernicieuse, s'accompagnant d'hémorrhagies spontanées multiples, M. Dop en conclut que ces lésions sont causées par l'élément insaisissable, surajouté, commun à la variole et à la scarlatine hémorrhagiques, à l'ictère grave, au typhus, à la fièvre jaune, etc., élément dont l'action sur l'organisme serait sensiblement la même que celle de certains poisons. Ainsi pour M. Dop, les altérations viscérales ne seraient qu'un épiphénomène, au même titre que les hémorrhagies.

Dans un travail important sur l'épidémie variolique de 1870 à la Pitié, M. Quinquaud dit que la variole hémorrhagique est survenue presque toujours chez des sujets débilités, alcooliques, chez des convalescents, chez des femmes enceintes. (*Arch. gén. de méd.*, 1870, 6e série, t. XVI, p. 140.)

Cette constatation est absolument d'accord avec le résultat de nos recherches, ainsi qu'on le verra plus loin ; mais où l'accord cesse de régner, c'est dans l'interprétation des lésions de la variole hémorrhagique. En effet, en parlant des altérations viscérales multiples qu'il a trouvées surtout dans les varioles confluentes et hémorrhagiques, M. Quinquaud dit qu'elles ont été déterminées par le virus varioleux (p. 320).

Dans l'énumération de ces lésions, nous remarquons d'abord des lésions aiguës : pneumonie, pleurésie, endocardite, péricardite, myocardite, orchite ; puis des lésions chroniques, la dégénérescence graisseuse du foie et des reins.

Pour les lésions aiguës, nous n'avons rien à dire; nous admettons, comme M. Quinquaud, qu'elles sont déterminées par la variole. Mais il n'en est pas de même des lésions du foie et du rein, lésions chroniques, comme le reconnaît jusqu'à un certain point M. Quinquaud.

« Le foie, dit-il, dans les varioles hémorrhagiques à marche rapide, est toujours altéré. Quand on observe ces altérations chez les alcooliques, il est très difficile parfois de faire la part de l'alcoolisme et celle de la variole; cependant, chez les malades où il existait une atrophie aiguë lobulaire éparse, je crois qu'il y avait un processus actif variolique. » (P. 326.)

Nous croyons bien, comme M. Quinquaud, que dans quelques cas, ceux par exemple dans lesquels il s'est développé un ictère dès le début de la variole, le poison variolique a exercé une influence nuisible sur le foie; il n'est pas en effet impossible d'admettre que la variole retentisse sur le foie déjà altéré et y provoque une nouvelle poussée d'altération, mais, ce que nous ne pouvons admettre, c'est que cette irritation nouvelle se traduise par l'atrophie ou la dégénérescence graisseuse.

Nous en dirons autant des reins dont les lésions ont été notées avec soin par M. Quinquaud. « Le maximum de ces lésions, dit-il, est atteint dans les varioles hémorrhagiques à marche rapide (p. 327). » Mais tandis que M. Quinquaud attribue ces lésions à la variole, nous croyons au contraire que c'est parce que ces lésions existaient à leur maximum que la variole est devenue hémorrhagique, et rapidement mortelle.

D'ailleurs, préoccupé surtout comme la plupart des auteurs, par la recherche de l'influence de la variole sur les viscères, M. Quinquaud n'a pas songé à l'influence inverse que la lésion antérieure de ces viscères pourrait jouer sur la marche de la variole elle-même. Dans l'état actuel de nos connaissances, rien de plus facile à

admettre que la variole ait aggravé une affection préexistante de tel ou tel organe, jouant ici le rôle de *locus minoris resistentiæ*, mais de son côté l'altération antérieure d'un organe important n'a pas manqué d'influencer en mal la variole.

Ces *échanges de mauvais procédés*, comme le dit spirituellement le professeur Peter, se rencontrent presque toujours lorsque deux états morbides évoluent en même temps chez le même sujet.

Il est vrai que la notion de l'influence réciproque de deux états morbides l'un sur l'autre, soupçonnée par bien des médecins à diverses époques, n'a été bien étudiée que dans ces dernières années, depuis que M. Verneuil a commencé ses recherches sur l'influence réciproque des états constitutionnels et du traumatisme. Il ne faut donc pas trop s'étonner de ne pas trouver cette notion dans la littérature courante, surtout de celle qui est antérieure à ces dix dernières années.

Il n'est pas d'ailleurs besoin de remonter si haut pour constater cette lacune.

M. Gachon dit en effet, dans sa thèse de 1880 :

« On ignore encore les conditions qui président au développement et à l'apparition de la variole hémorrhagique à marche foudroyante. Dans quelques cas, on peut invoquer l'état de débilitation du sujet; dans d'autres, l'absence de toute vaccination antérieure; mais, dans le plus grand nombre des faits, on ne trouve aucune cause appréciable (1).

Si cependant M. Gachon avait connu la valeur des altérations viscérales qui sont notées chez ses malades, il n'aurait pas conclu aussi négativement qu'il l'a fait quelques pages plus loin.

« On trouvera en effet, dit-il, à la fin des observations, le compte rendu de plusieurs autopsies; nous y renvoyons le lecteur pour tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique. Les lésions constatées n'ont rien de caractéristique; elles paraissent être les mêmes que dans les autres formes de variole hémorrhagique : dégénérescence graisseuses des parenchymes, hémorrhagies multiples, congestions pulmonaires intenses ; tels sont les faits les plus saillants. (*Id.* p. 47.) »

Nous reviendrons plus loin sur les observations de M. Gachon, qui nous paraissent avoir une toute autre signification que celle qu'il leur attribue.

La contradiction entre les lésions trouvées et leur signification pathogénique paraît plus grande encore dans la thèse de M. Barthélemy (1).

Cet auteur fait de la dégénérescence graisseuse des viscères, reins et foie, une altération causée par la variole (p. 30 et 33), et cependant il dit plus loin : « Le purpura peut accompagner des varioles très discrètes et même les varioloïdes les plus légères; ce qui prouve bien que la dyscrasie particulière en vertu de laquelle ce phénomène a lieu, est due bien plutôt à la prédisposition individuelle qu'à l'action spéciale du virus (p. 128). »

Cette prédisposition morbide tient justement, d'après M. Verneuil, dont nous adoptons la manière de voir, à l'état pathologique des viscères et à l'altération concomitante des tissus et des humeurs, en particulier du sang, état antérieur à l'apparition de la variole. C'est à ces conditions morbides qu'est due cette faiblesse de l'organisme qui le prédispose, entre autres complications, aux hémorrhagies, quelle que soit l'affection qui survienne, comme nous le montrerons plus loin. C'est encore cet état qui régit la condition de *minoris resistentiæ* de l'organisme vis-à-vis du virus variolique dont parle M. Barthélemy.

L'influence des maladies antérieures sur la production de la variole hémorrhagique est du reste admise par différents auteurs, qui ne rapportent pas d'observations à l'appui, comme M. Quinquaud, ou bien elle est démontrée par leurs observations sans qu'ils en tiennent grand compte dans leur chapitre étiologie; mais on ne dit guère pourquoi et comment agissent ces causes.

« 30 fois sur 54, dit M. Castaings, la variole hémorrhagique a été précédée par

(1) Gachon. *De la variole hémorrhagique mortelle avant l'éruption.* Thèse de doctorat. Paris, 1880, p. 13.

(2) Bez. *De la contemporanéité des fièvres éruptives, et de leur coexistence chez le même individu.* Thèse de doctorat. Paris, 1877.

d'autres fièvres éruptives ou d'autres affections, ou bien les sujets atteints étaient affaiblis et débilités. » (Thèse de Paris, 1868, p. 17.) Malheureusement M. Castaings ne dit pas où sont les faits sur lesquels il appuie son opinion. Nous trouvons, au contraire, dans la thèse de M. Bez (2), plusieurs observations de maladies ayant précédé immédiatemenl la variole hémorrhagique.

Parmi les cas de coexistence de la rougeole et de la variole, avec début par la rougeole, M. Bez cite une variole hémorrhagique vraie et une variole pétéchiale (p. 79). Chez un malade de Foucault qui eut coup sur coup, en moins d'un mois, la scarlatine, la rougeole et la variole, la variole était pétéchiale, et chez un patient de Kœrber atteint de variole très cohérente après une rougeole, la variole devint hémorrhagique au sixième jour et le malade succomba le surlendemain (p. 84). Au contraire, l'apparition d'une rougeole dans le cours de la variole ne paraît pas avoir grande influence sur celle-ci. Quant à l'influence de la rougeole sur la variole, M. Bez dit qu'elle ne lui paraît démontrée par aucune de ses observations. « La tendance à prendre la forme hémorrhagique est en effet, ajoute-t-il, un caractère fréquent des varioles secondaires, quelle que soit d'ailleurs l'affection à la suite de laquelle elles se développent. » (p. 90)

Que la rougeole n'ait pas d'influence sur la succession des phases de la variole, soit, nous n'avons pas d'ailleurs à discuter ce point; ce qu'il nous importe de savoir, c'est que les varioles secondaires ont une tendance à devenir hémorrhagiques. Nous rechercherons pourquoi tout à l'heure.

Cette gravité de l'association de la variole et d'une affection antérieure est d'ailleurs affirmée à plusieurs reprises par M. Bez :

« La gravité des varioles secondaires contraste d'une façon frappante avec la bénignité des autres (p. 112).

« D'après Rilliet et Barthez (2e édit. T. III, p. 56 et 57), la variole qui survient pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde se complique plus facilement de purpura qu'à la suite de toute autre affection. Sur 5 varioles hémorrhagiques secondaires, 2 sont survenues pendant la convalescence de la fièvre typhoïde ; en outre un varioleux, convalescent de dothiénentérie sans être atteint de purpura, eut cependant une apoplexie pulmonaire (p. 232). C'était une autre forme d'hémorrhagie.

Et plus loin, p. 242, M. Bez commence son paragraphe intitulé : « *Influence de la fièvre typhoïde sur la variole* » par ces mots : « Deux particularités sont communes à nos observations : l'insignifiance de l'exanthème varioleux et la tendance hémorrhagique qu'il a montrée en présence de la fièvre typhoïde, au septième jour de son apparition, c'est-à-dire au début de la dessiccation. »

« Les varioles qui accompagnent la dothiénentérie ont une propension marquée à prendre secondairement le caractère hémorrhagique, sur les téguments du moins. » (p. 248)

En résumé, si l'influence d'une maladie antérieure sur la marche de la variole est admise implicitement, on est obligé de reconnaître que l'explication de la gravité des varioles secondaires fait à peu près défaut, comme on le voit par les citations que nous venons de faire; quant aux lésions viscérales et à l'altération du sang, leur production est attribuée à la variole. Si donc on connaît bien les causes de la variole hémorrhagique, son étiologie, on ne sait encore que peu de chose sur sa pathogénie, ou le mode d'action de ces causes. C'est ce que nous allons nous efforcer d'étudier. (*A suivre.*)

ÉCOLES DE MÉDECINE DE REIMS. — Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1881-1882 :

Elèves en médecine (première année). Prix : médaille de bronze, M. Guérard. — (Deuxième année.) Prix : médaille d'argent, M. Grandamy. — (Troisième année.) M. Lamiraux. — Prix de clinique : médaille d'argent, M. Evrain.

Élèves en pharmacie (première année.) Prix : médaille de bronze, M. Bigand. — Travaux pratiques : médaille de bronze, M. Bigand. — (Deuxième année.) Prix : médaille d'argent M. Charpentier. — Travaux pratiques : mention honorable, M. Charpentier. — Prix Simon Tarbé ; M. Charpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Ferret (de Port-d'Envaux), accompagnant l'envoi d'une note sur l'épidémie de fièvres graves qui sévit actuellement à Saintes. (Com. des épidémies.)

2° Un rapport médical d'une épidémie de variole observée à l'Ile-d'Yeu (Vendée), par M. le docteur Robuchou.

3° Une note de M. Husson, pharmacien à Toul, sur les causes qui peuvent rendre le lait plus aqueux.

4° Un travail de M. le docteur Chavernac (d'Aix en Provence), intitulé : *Extraction de la cataracte ; retour à la méthode de Daviel.* (Présenté en séance par M. Léon Labbé.)

5° Une étude clinique sur une épidémie de fièvre d'origine tellurique, à type particulier, observée à Saint-Dié, par M. le docteur Gröllemund. (Présentée en séance par M. Empis.)

6° Une note sur le traitement des teignes, par M. le docteur Cramoisy.

—

M. LE PRÉSIDENT dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale par suite du décès de M. Pidoux.

—

M. GUÉNIOT présente, au nom de M. le docteur Fabre (de Marseille), un volume intitulé : *Nouveaux fragments de clinique médicale ; l'hystérie viscérale, les dilatations du cœur droit.*

M. Henri ROGER présente, au nom de M. le docteur René Blache, un volume intitulé : *Extraits de pathologie infantile*, de Blache et Guersant, avec une préface de M. le docteur Archambault.

C'est la réimpression des écrits du père et du grand-père de M. René Blache sur la pathologie infantile, disséminés dans le *Dictionnaire en 30 volumes.*

M. LARREY présente : 1° de la part de M. Tollet, ingénieur civil, un mémoire sur le casernement des troupes ; — 2° au nom de M. le docteur Halin, ancien membre du conseil de santé des armées, une brochure intitulée : *L'épidémie de Bone en* 1833.

M. BOULEY présente, au nom de M. Morut, médecin-vétérinaire à Paris, une brochure intitulée : *Des pelotes stomacales des léporides et de leur origine* (ingestion des crottes), *de leur nature et de leur rôle.*

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Mourgues (du Gard), une brochure réunissant les titres des principaux travaux de ce médecin ; — 2° au nom de M. le docteur Jorissenne, une brochure intitulée : *Nouveau signe de la grossesse.*

M. VULPIAN présente, au nom de M. le docteur Henri Rabeau, une brochure intitulée : *Etude sur la médication salicylée dans la fièvre typhoïde.*

M. Léon LE FORT présente, au nom de M. le docteur Rousselot-Beaulieux, médecin de l'hôpital de Périgueux, une brochure intitulée : *Du diabète, sa nature, son traitement.*

—

M. le docteur MOSER lit un travail *Sur un cautère actuel instantané, ou crayon-feu.*

—

Gustave LAGNEAU : J'offre à l'Académie mes : *Remarques à propos du dénombrement sur quelques différences démographiques présentées par les Catholiques, les Protestants et les Israélites.* Dans ce mémoire lu à l'Institut, et imprimé dans les comptes rendus de l'Académie des sciences morales, me plaçant au point de vue purement scientifique, aussi tolérant envers les opinions de chacun qu'incrédule envers les dogmes théologiques, j'ai recherché dans la diversité de races, de mœurs, d'us et de coutumes, l'explication de différences démographiques souvent remarquées entre les collectivités humaines que divisent les trois principales religions professées en Europe.

Si l'accroissement de population des Israélites est généralement beaucoup plus rapide que celui des Protestants, et surtout que celui des Catholiques, il est dû, non à leur natalité, souvent moindre que celle de leurs compatriotes d'autres religions, mais à leur faible mortalité. Dans l'enfance, cette faible mortalité tient à leur très faible natalité illégitime, consé-

quence de leurs mariages généralement précoces, et surtout aux occupations des mères, qui, évitant les travaux d'ateliers, de manufactures, et restant chez elles, peuvent conserver et allaiter leurs enfants. Dans l'âge adulte, cette faible mortalité tient à leur sobriété, parfois exagérée, et à leur diététique particulière, les mettant à l'abri de certaines maladies, mais surtout à leur esprit de solidarité les portant à se secourir entre eux.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Lancereaux rappelle que la fièvre typhoïde présente chaque année, vers le mois de juillet, une recrudescence telle que cette date doit être considérée comme le début d'une véritable épidémie.

Cette année, après avoir présenté à cette époque son exacerbation habituelle, la fièvre typhoïde avait diminué dans les mois suivants, quand, à partir du 25 au 26 septembre, se manifesta une poussée nouvelle qui a été le point de départ de l'épidémie actuelle.

En admettant que la fièvre typhoïde ait une quinzaine de jours d'incubation, ce serait du 10 au 15 septembre que l'infection paraîtrait s'être produite.

Que s'est-il donc passé à ce moment ? M. Lancereaux, recueillant les causes de cette poussée, rejette tout d'abord la contagion, ainsi qu'une action nuisible provenant des fosses d'aisances et des égouts.

Deux hypothèses s'imposent forcément : la transmission par l'air et la transmission par l'eau, seuls éléments communs aux individus d'une même localité. L'auteur, après avoir longuement discuté ces deux hypothèses, résume ainsi sa communication :

Nous sommes destinés, dit-il, à voir la fièvre typhoïde exercer ses ravages pendant longtemps encore parmi nous, si nous n'avons d'autres moyens de la combattre que ceux qui nous sont fournis par la thérapeutique.

C'est donc surtout la prophylaxie de cette maladie que nous devons nous appliquer à chercher. Or, la fièvre typhoïde relevant d'une cause matérielle, on peut être certain de pouvoir la prévenir un jour ou l'autre.

Dans l'état actuel de la science, lorsqu'une épidémie éclate, comme celle que nous observons en ce moment, la contagion, pas plus que l'encombrement, ne peuvent être invoqués, l'étiologie se circonscrit nécessairement dans ce dilemme : ou bien l'air ou bien l'eau renferme les germes du miasme typhique. La poursuite de l'agent morbigène dans l'air offrant de grandes difficultés, recherchons-la d'abord dans l'eau qui en est d'ailleurs la cause la plus vraisemblable. A cette fin, il importe de rechercher les rapports entre la distribution de la fièvre typhoïde dans Paris et celle de l'eau.

Ce point élucidé, il sera facile de trouver la cause des qualités nuisibles de l'eau, et, dans l'hypothèse où celle-ci nous apporterait la maladie, de remonter à la source du mal et d'arriver peut-être à déterminer l'espèce de microbe qui le produit, si tant est qu'il s'agisse d'un microbe. Il faut pour cela une bonne volonté de l'administration compétente, un tableau exact de la distribution de l'eau dans Paris, c'est-à-dire qu'il y a tout intérêt à ce que nous soyons prévenus de l'ouverture et de la fermeture des robinets qui d'un instant à l'autre viennent changer la qualité des eaux de tel ou tel quartier. S'il est démontré que l'eau n'est pas la source des épidémies que nous déplorons, il faudra alors interroger l'air et rechercher les foyers d'infections de l'atmosphère.

Donc il est du devoir de l'Académie de s'entendre avec l'administration et de lui faire comprendre que le problème étiologique de la fièvre typhoïde n'est pas insoluble, que la solution sera possible le jour où elle voudra travailler de concert avec nous, c'est-à-dire nous renseigner exactement sur la distribution des eaux dans la capitale, ainsi que sur tous les changements que la nécessité peut l'obliger à y apporter.

Quant au traitement, voici celui auquel M. Lancereaux donne la préférence et qu'il appelle *traitement des indications.*

Les bains tièdes à 28° centigr. abaissent facilement la température de 1° et plus ; à l'usage des bains, il ajoute l'emploi de la digitale ; en cas d'agitation et d'insomnie, du laudanum à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 ; association qui lui a donné les meilleurs résultats dans les formes ataxiques, chez les buveurs et chez les individus surmenés. Le météorisme est combattu par les purgatifs, les lavements froids et la glace ; les complications respiratoires par les ventouses et l'ipéca ; contre la fétidité des garde-robes, les lavements phéniqués qui contribuent encore à abaisser la température ; contre les éruptions furonculeuses, pansements phéniqués.

Sur 52 malades traités par M. Lancereaux, depuis le 28 septembre jusqu'au 15 novembre, 5 seulement sont morts.

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) dit qu'il y a, dans la fièvre typhoïde, dualité d'origine :

1° le miasme humain résultant de l'agglomération, sans même que celle-ci aille jusqu'à l'encombrement ; 2° le miasme provenant de tout foyer de putréfaction animale. Dans le premier cas, les épidémies sont surtout hivernales; dans le second, elles sont, au contraire, surtout estivales ; mais dans la comparaison de ces deux éléments, il faut reconnaître la prééminence du premier de ces facteurs. Si les différentes causes locales qui ont été invoquées ont toutes une importance certainement très considérable, il existe aussi des conditions générales fort obscures, desquelles dépend une plus grande facilité dans le développement et les généralisations de la fièvre typhoïde et grâce auxquelles les germes de l'affection sont plus ou moins actifs.

La fièvre typhoïde n'est pas seulement la maladie de la putridité; elle est le résultat de l'influence de l'homme sur l'homme. Ce n'est donc pas seulement la propreté, la désinfection des rues, des égouts, des maisons que l'on doit demander, c'est, en outre, l'espacement, la dissémination des groupes atteints ou menacés.

M. Bouchardat donne lecture de la première partie de son discours; sa lecture est interrompue par un comité secret; il terminera dans la prochaine séance.

— A quatre heures quarante-cinq minutes, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chatin, sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national dans la quatrième division.

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de chirurgie*, août et septembre 1882.

Etude sur les modifications du calibre des vaisseaux dans les membres amputés, par Paul Segond. — L'auteur étudie ces modifications très communes, sinon constantes, et leur influence sur les phénomènes atrophiques habituellement observés dans les membres amputés. Il doit l'idée et les principaux documents de ce travail au professeur Verneuil.

La première question posée par M. Segond est celle-ci : La diminution du calibre des vaisseaux dans les membres amputés est-elle un phénomène habituel? Et il y répond par les faits que M. Verneuil a observés, puis par le résultat de ses propres dissections, et quelques faits démonstratifs dus à M. Poncet, de Lyon. Il montre que la seule méthode rigoureuse pour arriver à une opinion certaine est l'étude comparative du membre amputé et du membre sain ; et il joint à ses nombreuses observations des figures schématiques qui rendent les faits palpables.

Par une intéressante analyse de ses observations et de ses expériences sur les animaux, M. Segond répond ensuite aux autres questions qu'il s'est proposé de résoudre : Dans quelle mesure et dans quelle étendue cette diminution du calibre vasculaire se fait-elle sentir? A quel moment les vaisseaux d'un membre amputé commencent-ils à diminuer de calibre? L'amoindrissement de l'irrigation vasculaire a-t-elle une influence pathogénique sur l'atrophie des membres amputés? Sur ce dernier point, l'auteur fait preuve d'une sage réserve, en montrant combien la pathogénie de ces atrophies consécutives est complexe : phénomènes trophiques ou réflexes, lésions du système nerveux périphérique, altérations secondaires du système nerveux central, à quel ordre de causes donner la préférence? En tous cas, il n'est pas illégitime de réserver une place à la diminution primitive du calibre des vaisseaux.

Dernière question : Quelle est la cause immédiate de la diminution du calibre des vaisseaux dans les membres amputés? Ici, l'auteur nous donne le sentiment de M. Verneuil, puis, sous forme de note additionnelle, une série d'expériences qu'il a tentées avec le concours de notre distingué collègue, M. Laborde. En fin de compte, l'interprétation doit être jusqu'ici réservée.

M. Segond formule les conclusions suivantes :

1° A la suite des amputations, les artères et les veines du membre opéré subissent presque toujours une notable diminution de calibre. Celle-ci s'observe alors même que le segment retranché représente, comme dans les amputations du pied ou de la main, une faible partie de la masse totale du membre.

2° L'étendue de cette diminution de calibre est telle que l'irrigation vasculaire se trouve amoindrie non seulement dans le moignon lui-même, mais dans tout le membre mutilé, depuis son extrémité jusque à sa racine.

3° La diminution de calibre des vaisseaux est précoce. Elle ne doit pas être considérée comme consécutive à l'atrophie du membre amputé. En effet, dès que ce dernier phénomène se développe, on trouve toujours une diminution du calibre des vaisseaux, et celle-ci peut même se montrer avant que l'atrophie des parties molles soit appréciable.

4° La diminution primitive du calibre des vaisseaux joue probablement un rôle pathogénique important dans l'atrophie des membres amputés.

Du rôle du distoma hematobium dans la formation des calculs vésicaux, par ZANCAROL. — L'auteur a fait quatorze fois la litholapaxie; il a eu douze guérisons complètes et rapides, et deux morts. Il nous donne un parallèle entre cette série peu nombreuse, cinquante-quatre tailles et treize lithrotrities ordinaires. Le nombre de ces opérations, toutes pratiquées à l'hôpital grec d'Alexandrie, est trop restreint pour que leur comparaison ait grande valeur. Le point le plus original de ce mémoire, c'est le rôle attribué par M. Zancarol au *distoma hematobium*, parasite trématode, découvert en Egypte en 1857 par Bilharz, retrouvé plus tard au cap de Bonne-Espérance par Harley, étudié plus récemment par Griesinger et dernièrement par Sonsino. L'eau du Nil non filtrée en contient un grand nombre; aussi ce parasite est-il souvent l'agent producteur de la pierre, particulièrement chez les Arabes, en s'accumulant sous la muqueuse vésicale, et devenant le point de départ d'ecchymoses, d'ulcérations villeuses et fongoïdes qui s'encroûtent par plaques d'étendue variable. Ces incrustations, en se détachant, forment le noyau primitif d'un calcul, etc.

Des déformations du pied et de la jambe, par ONIMUS. — Travail important et développé, dans lequel l'auteur a consigné le résultat d'études personnelles fort intéressantes.

Après quelques remarques sur les dénominations appliquées en général aux diverses formes de pied bot, M. Onimus propose de diviser les déformations du pied en deux grandes classes; en effet : « les muscles de la jambe servent à produire deux mouvements principaux : en premier lieu, l'élévation de la pointe du pied avant que le pied touche le sol; en deuxième lieu, l'appui de l'avant-pied sur le sol, ce dernier mouvement pouvant se décomposer dans l'action des muscles du talon et celle des muscles de la partie antérieure de l'avant-pied. » Ainsi groupées physiologiquement, les altérations musculaires donnent dans chaque cas à la plante du pied un aspect typique, que l'empreinte seule peut révéler. Cette méthode d'empreinte, affectionnée par l'auteur, donne d'excellents résultats; de nombreuses figures en font foi.

M. Onimus étudie successivement les pieds plats et les pieds creux. Il nous serait difficile de le suivre dans ses descriptions forcément minutieuses et ses déductions physiologiques très serrées. Notons seulement quelques points. L'auteur ne s'occupe que des muscles, et attribue à leurs seules altérations diverses déviations que, de temps à autre, on voit encore attribuer au squelette, notamment le valgus douloureux des adolescents. L'importance qu'il attache au système musculaire ressort bien de cette phrase : « Les vrais ligaments, ou du moins les vrais agents qui maintiennent les os, ce ne sont pas les ligaments articulaires, mais bien les tendons des muscles. » Seulement, il faut renoncer à une opinion qui était chère à Duchenne (de Boulogne), et « exclure, dans la physiologie des mouvements du pied, l'idée d'antagonisme. » Duchenne a bien fait de préconiser l'électrisation, comme le seul traitement rationnel, contre le valgus douloureux; mais « il a beaucoup exagéré le rôle physiologique du long péronier latéral. » Ce n'est pas l'impotence de ce muscle seul qni produit le pied-plat, « c'est la faiblesse de tous les muscles de la partie antérieure et externe de la jambe. »

Le pied creux, au contraire, est typique de la parésie des muscles postérieurs. Mais il y a les *faux pieds creux*, ceux dont la voûte plantaire s'effondre sous le poids du corps quand le malade pose le pied sur le sol, et dont l'empreinte est celle d'un pied plat irrégulier. Il y a aussi les *faux pieds plats*, c'est-à-dire des pieds qui paraissent plats et qui, par leur contact avec le sol, offrent plutôt les caractères du pied creux. En conséquence, pour faire un bon diagnostic, il faut toujours s'assurer, par la méthode de l'empreinte, de la configuration de la plante; ce procédé vaut mieux que l'examen de la déviation, car celle-ci est quelquefois trompeuse et dans tous les cas compliquée.

Cet important mémoire se termine par une étude des divers modes de traitement qui conviennent aux déformations du pied : appareils orthopédiques, ténotomie, électrisation.

De la résection du coude, par OLLIER. — Le 18 et le 19 avril 1882, M. Ollier présenta à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie une pièce anatomique du plus haut intérêt pour la question des résections sous-périostées. Cette méthode opératoire, acceptée en principe, n'a pas donné à tous les chirurgiens les mêmes résultats, soit qu'on l'ait appliquée d'une manière défectueuse, soit qu'on ait eu affaire à des cas peu favorables. La pièce présentée à l'Académie est une démonstration aussi nette que possible de la reconstitution d'une articulation ginglymoïdale.

Avant d'en faire la description, l'auteur expose les résultats généraux que lui ont donnés 113 cas de résection du coude, et montre par là le peu de gravité de cette opération. Dans un second chapitre, il établit comment et à quel degré se fait la reproduction osseuse dans la reconstitution des articulations nouvelles; néoformation latérale et néoformation longitudi-

nale. Puis vient l'observation dont il a entretenu l'Académie, et qui se rapporte à un sujet âgé de 27 ans au moment de la résection ; ce malade a été opéré le 31 mai 1873 et est mort le 25 juillet 1881.

M. Ollier s'étend, à la fin de son mémoire, sur la nature des affections qui ont nécessité la résection du coude, et sur les indications de cette résection dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. Il divise les tuberculeux en trois classes : 1° ceux qu'il faut opérer ; 2° ceux qu'on peut opérer ; 3° ceux auxquels on ne doit pas toucher.

« Le but principal de ce travail, dit-il en terminant, est de démontrer la bénignité de la résection du coude, dans les conditions où nous pouvons opérer aujourd'hui, et de prouver, par l'examen de la pièce que j'ai fait représenter, la réalité de la reconstitution des articulations, quand on les a réséquées par la méthode sous-périostée.

« Il y a vingt ans, je dus faire une série de communications aux diverses Sociétés savantes pour établir et répandre les principes physiologiques de la méthode ; aujourd'hui, ce sont ses résultats que je désire faire apprécier, et j'ai commencé par l'articulation du coude, en profitant de la pièce que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer. »

Quelques remarques à propos d'une observation d'anévrysme poplité traité avec succès par la bande d'Esmarch, par Verchère. — Le traitement des anévrysmes des membres par la bande élastique, appliqué déjà depuis sept ans à l'étranger, n'avait encore été mis en pratique qu'une fois en France, par Poinsot ; malgré les travaux auxquels elle avait donné lieu, cette méthode restait inappliquée. Récemment, M. F. Terrier, dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, a eu l'occasion de l'expérimenter. C'est la seconde observation française : anévrysme faux primitif du tronc tibio-péronier (jambe gauche), pris au début pour de la thrombose des veines profondes ; tumeur ganglionnaire de l'aisselle ; guérison de l'anévrysme par l'application de la bande d'Esmarch, suivie de la compression digitale.

On sait que cette méthode a été proposée presque en même temps en Angleterre par W. Reid et en Italie par le docteur Clementi, de Palerme. Après avoir relaté son observation et en avoir noté les points intéressants, M. Verchère conclut ainsi :

« En résumé, pour obtenir la guérison des anévrysmes par la bande d'Esmarch, il faut l'appliquer suivant les règles qu'a dès l'abord posées W. Reid, et exercer méthodiquement à la suite une compression prolongée sur le trajet de l'artère au-dessus de l'anévrysme. Peut-être pourra-t-on observer quelques insuccès ; mais, la somme des guérisons l'emportant de beaucoup sur celle des mécomptes, et de plus, les autres traitements exposant davantage le malade, et pouvant être appliqués ultérieurement si la bande d'Esmarch n'a pas réussi, il sera toujours bon d'essayer d'abord de la méthode que nous avons vu réussir si complètement chez la malade de M. F. Terrier. »

Du pansement à l'iodoforme, par Rohmer. — Cette importante *Revue générale* sur un sujet plein d'actualité, a été commencée dans le numéro de juillet. On peut dire que le pansement à l'iodoforme y est étudié sous tous les aspects. Le travail de M. Rohmer a d'ailleurs été cité par notre collaborateur, M. le docteur Longuet, dans les études qu'il a consacrées au même sujet. (Union Méd., 10 août, 14 et 19 septembre.)

L'auteur a successivement passé en revue : l'historique de cet agent, ses propriétés et son mode d'action générale sur les plaies et sur l'organisme ; son mode d'emploi et la manière de faire le pansement ; son action sur les plaies en particulier, c'est-à-dire : *a.* sur les plaies fraîches et aseptiques, non réunies, ou susceptibles de guérir par première intention, ou communiquant la cavité péritonéale, ou communiquant avec nne muqueuse, *b.* sur les plaies et ulcérations septiques, *c.* sur les plaies et ulcères d'origine spécifique (tuberculose, scrofulose) ; enfin l'intoxication et la mort par l'iodoforme. Après avoir étudié ce dernier point, M. Rohmer exprime le vœu qu'on soit à l'avenir plus prudent, et que ce médicament qu'on dit si précieux ne soit plus prodigué d'une façon aveugle pour le désavantage des malades.

Les avantages reconnus à l'iodoforme par les chirurgiens allemands peuvent se résumer ainsi : l'iodoforme employé localement est un spécifique contre les processus tuberculeux locaux. — Pour des plaies de toutes sortes, il est l'antiseptique le plus sûr. — Appliqué en quantité modérée sur les plaies, il n'est pas nuisible à l'organisme. — Sa première influence sur une plaie est de calmer les douleurs ; plus tard, il empêche d'une façon remarquable les complications septiques. — La marche des plaies, dans la plupart des cas, est apyrétique. — Il n'empêche pas la réunion par première intention. — Sous le pansement iodoformé, comme sous tous les autres, il faut assurer l'écoulement des liquides. — C'est un antiseptique tellement puissant, qu'on peut laisser de côté l'emploi de tous les autres comme adjuvants ; pour les lavages, l'eau pure suffit, et les solutions antiseptiques ne sont pas absolument nécessaires. — De tous les pansements antiseptiques, le pansement iodoformé est le moins cher,

le plus sûr, le plus durable et le plus facile à appliquer. — Il permet l'application des manœuvres antiseptiques dans la cavité buccale, dans le rectum, dans la vèssie.

« Et maintenant, conclut l'auteur, quel avenir pouvons-nous prédire à l'iodoforme ? Certains l'ont placé au-dessus de tout ce que l'on connaissait jusqu'ici, au-dessus du pansement de Lister lui-même ; Moleschott ne craint pas de prédire à l'iodoforme l'avenir le plus brillant. La réserve, et je dirai même la froideur avec laquelle l'emploi de ce produit a été accueilli par la chirurgie française, toujours sage et prudente, d'autre part les louanges excessives chantées de l'autre côté du Rhin sur l'iodoforme, nous font présager pour ce corps une durée peut-être bien éphémère... Et déjà ne voyons-nous pas à l'horizon allemand lui-même apparaître d'autres spécifiques destinés à remplacer cet iodoforme tant prôné : l'acide salicylique, la naphthaline, etc. Feu de paille, dira-t-on à la vue de ces produits merveilleux qui naissent et tout à coup disparaissent. Non, c'est tout simplement un pas de plus, un acheminement continuel vers le progrès chirurgical, qui dans ces dix dernières années a marché à pas de géant : l'antisepsie sera toujours le seul grand principe de la vraie chirurgie ; ce principe restera, les procédés d'application seuls pourront varier. »

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 17 au 23 novembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,071. — Fièvre typhoïde, 79. — Variole, 10. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 7. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchites aiguës, 41. — Pneumonie, 53. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 53 ; au sein et mixte, 33 ; inconnus, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109 ; circulatoire, 81 ; respiratoire, 73 ; digestif, 51 ; génito-urinaire, 16 ; de la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulat. et muscles, 9. — Après traumatisme, 3. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 1.

Conclusions de la 47e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,242 naissances et 1,071 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,077, 995, 1,119, 1,002. Le chiffre de 1,071 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (79 décès au lieu de 120) pendant la 46e semaine ;

Une aggravation pour la Diphthérie (34 au lieu de 27), la Variole (10 au lieu de 6).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par Rougeole (au lieu de 10), 5 par Coqueluche (au lieu de 3), 7 par Érysipèle (au lieu de 9), 2 par infection puerpérale (au lieu de 4).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (221 malades reçus du 13 au 19 novembre au lieu de 294 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (30 au lieu de 32), et supérieur pour la Variole (22 au lieu de 15).

Nous avons à constater une nouvelle et sérieuse amélioration pour la Fièvre typhoïde. Le chiffre de décès par cette cause a été inférieur de 41 à celui de la 46e semaine et le nombre des cas d'invasion a subi également une atténuation sensible. La population militaire paraît avoir surtout bénéficié de cette amélioration, puisqu'elle n'a compté, pendant ces derniers jours aucun décès par Fièvre typhoïde, tandis qu'elle figurait pour 12 décès dans le chiffre de la semaine précédente.

L'examen du tableau de la répartition locale des décès montre que les quartiers qui ont fourni le plus grand nombre de victimes de l'épidémie régnante sont ceux du *Combat* (5 décès), du *Père-Lachaise* (4) ; ceux contigus des *Quinze-Vingts* (5), et de *Picpus* (3). Enfit ceux, voisins également, de *Clignancourt*, des *Grandes-Carrières* et des *Epinettes*, qui en ont eu chacun 3. Tous ces quartiers sont situés au Nord ou à l'Est de Paris. Dans les arrondissements du Centre et de l'Ouest, au contraire, il s'est produit peu de cas mortels. Ainsi le 1er et le 7e arrondissements n'ont eu chacun qu'un décès, et il n'en a pas été enregistré dans le 2e.

Malgré l'amélioration que nous avons signalée, le mortalité générale a dépassé celle de la 46e semaine. Cette aggravation est le fait, non des maladies aiguës, dont la plupart sont en décroissance, mais des affections chroniques sur lesquelles commence à se manifester l'in-

fluence de la mauvaise saison. En se reportant au tableau des décès par âges et par cause, on voit, en effet, que le groupe des individus âgés de 60 ans et au-dessus, a fourni 77 décès de plus que la semaines précédente, et que ce sont les maladies chroniques des appareils respiratoire et circulatoire et celles du système nerveux qui présentent les plus fortes augmentations sur les chiffres de la 46e semaine.

Dr Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Concours d'agrégation (*Pathologie interne et médecine légale*). — Le concours d'agrégation (section de pathologie interne et de médecine légale) s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le vendredi 1er décembre 1882, à 5 heures. — Ordre du jour : Appel du jury; délibération d'ordre intérieur; appel des candidats.

La deuxième séance aura lieu le lendemain samedi, à 11 heures, à la Faculté. — Ordre du jour : Sujet de la composition écrite.

Nous avons donné, dans un de nos précédents numéros, la composition du jury.

Les candidats sont : MM. Leroy (Charles); Bard (Jean-Louis); Clément (Etienne); Bannel (Hippolyte); Brousse (Charles); Schmitt (Marie-Xavier); Artigalas (Jean); Ballet (Louis); Balzer (Félix); Barth (Jules); Blaise (Henri); Brissaud (Edouard); Cuffer (Paul); Déjérine (Joseph); Dreyfous (Maurice); Dreyfus (Louis); Ducastel (Auguste); Hanot (Charles); Hutinel (Victor); Labadie-Lagrave; Moutard-Martin; Letulle (Maurice); Merklen (Marie); Oulmont (Paul); Quinquant (Charles); Robin (Edouard); Grenier (Just).

Nécrologie. — M. le docteur Prestat, membre correspondant de la Société de chirurgie, vient de mourir à Pontoise.

— Nous apprenons aussi la mort de M. Houzé de l'Aulnoit, le distingué professeur de clinique de la Faculté de médecine de Lille.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Le vendredi, 15 décembre 1882, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication, au rabais, et sur soummissions cachetées des fournitures suivantes nécessaires aux besoins des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1883.

1° Bandages, Pessaires, Bas lacés, etc., à livrer au Bureau central d'admission et aux divers hôpitaux et hospices (en 2 lots).

2° Lait nécessaire au service des divers établissements de l'administration, évaluation : 1,820,000 litres (en 10 lots).

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges, au secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Hôpital Sainte-Eugénie de Lille. — Sont nommés : 1° internes : MM. Delespierre et Parmentier; 2° internes provisoires : MM. Voiturier et Beauvois; 3° externes : MM. Billaux, Durand, Carpentier, Mayolle, Montenis et Tavernier.

— A la suite des premiers indices qui révélaient l'apparition du choléra dans l'Extrême-Orient, des précautions avaient été prises dans tous nos ports par l'administration pour organiser des quarantaines sérieuses et soumettre les provenances de la région infectée à des mesures de précaution.

Le ministre du commerce, pour compléter cette mesure, vient d'installer à la gare de Modane, à la frontière franco-italienne qui se trouve au débouché du Mont-Cenis deux chimistes qui sont chargés de soumettre à un procédé spécial de désinfection toutes les lettres et correspondances arrivant d'Orient par les paquebots de Brindisi et les chemins de fer italiens.

— M. Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie *des voies urinaires*, le jeudi 30 novembre, à 8 heures du soir, *dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, rue de l'École-de-Médecine*, pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure.

L'anatomie pathologique sera présentée en projections photomicrographiques.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

SCARLATINES ET PSEUDO-SCARLATINES CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

Hôpital Saint-Antoine (service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ).

Les éruptions du puerpérisme. — *Scarlatina puerperalis* et *scarlatina in puerpera.* — Caractères cliniques. — Nature. — Diagnostic avec les exanthèmes, les pseudo-exanthèmes, les érythèmes et certaines maladies de la peau. — Pronostic.

Au double témoignage de la clinique et de l'histoire, la scarlatine est la plus fréquente parmi les fièvres éruptives auxquelles le puerpérisme peut servir de support et de substratum (1). En empruntant parfois à cet état des caractères qui modifient plus ou moins la modalité des symptômes, elle conserve toujours cependant son unité. C'est pour avoir méconnu ce fait qu'on a confondu la *scarlatine* vraie, chez les nouvelles accouchées, avec les *pseudo-scarlatines* et qu'on a essayé d'en faire une *scarlatine fruste.* D'ailleurs, il faut l'avouer, le diagnostic n'est pas exempt de difficultés; aussi l'étude et la discussion des cas typiques n'est pas sans valeur, comme M. Dujardin-Beaumetz le faisait remarquer à ses élèves.

Le 27 octobre, une femme, d'une vingtaine d'années, entrait à l'hôpital Saint-Antoine. Indemne de toute affection fébrile et de tout antécédent antérieur, déjà mère d'un enfant, elle était accouchée de nouveau cinq jours auparavant (2). La parturition avait été facile et l'écoulement lochial normal; dès le lendemain,

(1) Cazeaux, revu par Tarnier. *Traité théor. et prat. des accouchements*, 1870, p. 439. — Voir à ce sujet : Stoltz, *Diction. de Jaccoud*, t. IX, p. 693. — Hervieux, *Traité des maladies puerpérales*, 1879, p. 26.

(2) D'après Oslhausen, la scarlatine s'observait surtout chez les primipares.

FEUILLETON

CAUSERIES.

La question semble en train de mûrir devant le public et les Sociétés savantes, de la création d'une autorité spécialement préposée à la santé publique, et la chose étant dans l'air, on peut en espérer la solution prochaine. Quand je dis prochaine, je pense que nous attendrons encore un peu, et si ce *desideratum* reçoit satisfaction dans quelques années, vous conviendrez que ce serait déjà bien joli. Tout dernièrement, certains travaux ont magistralement traité ce sujet, et l'écho en a retenti jusque sous les voûtes de l'Académie de médecine, où presque tous les orateurs y ont fait allusion; et comme il est souvent plus facile de commencer par la fin que par le commencement, l'un d'eux a même désigné le monument qui lui paraît convenable pour loger les futurs consuls de l'hygiène et de la prophylaxie. Par une louable tendresse d'académicien, M. Gueneau de Mussy entrevoit que l'Académie elle-même pourrait trouver du même coup, dans ce même palais du Conseil d'Etat et à côté de la nouvelle institution, la demeure qu'on lui promet depuis si longtemps, et qui est restée jusqu'ici à l'état de terrains vagues.

Voilà donc la maison trouvée et fort bien choisie, sauf les quelques réparations urgentes que vous savez; il ne reste plus qu'à lui donner des habitants. Mais avant cela, il faut préalablement se mettre d'accord sur la forme précise que revêtira cette organisation de la médecine publique; le principe reconnu et accepté, on peut encore discuter sur le *modus faciendi*, sur les voies et moyens. Sera-ce un simple bureau, dans un ministère quelconque, qui centra-

cette femme se levait, quand elle fut prise d'accidents subits et au premier abord d'un caractère alarmant. C'étaient des frissons, des nausées, des vomissements, une violente céphalalgie et un état fébrile qui persistèrent pendant les jours suivants. Le 27 octobre, à la vue de rougeurs maculant sa poitrine, la malade se présentait à l'hôpital.

L'abdomen est peu douloureux; l'utérus sensible à la pression, et l'involution de cet organe encore incomplète. Les vomissements sont moins abondants; la langue présente l'aspect scarlatineux, et, dans l'arrière-bouche, on constate une angine typique.

L'exanthème s'est généralisé sur le tronc et sur les membres et sa coloration est plus vive sur les cuisses et la région abdominale inférieure. Cette éruption s'efface les jours suivants; le 30 octobre, elle est complètement éteinte et l'angine a disparu.

Quelques jours après, de larges lambeaux épidermiques se détachaient, la desquamation se terminait et la scarlatine avait parcouru sa marche cyclique sans complication et sans albuminurie.

On avait été en présence d'une *scarlatine vraie* chez une accouchée, avec angine, éruption et desquamation. La terminaison justifiait donc le diagnostic porté par le chef de service, dès l'entrée de la malade dans la salle Roux.

Il n'en est pas toujours ainsi. Et cependant cet exanthème n'est pas un nouvel arrivé dans la pathologie puerpérale. S'il faut venir jusqu'au XIXe siècle pour trouver la constatation de son état civil, il n'existe pas moins des observations de scarlatine puerpérale, méconnue ou ébauchée, dans les monographies de la miliaire des accouchées, si souvent décrite par les anciens médecins (1).

Plus tard, au temps où la *febris purpurata miliaris* perdait droit de cité dans la nosologie, les éruptions scarlatiniformes et la *febris purpurata strangulatoria* prirent le rang de la maladie déchue. Malfatti, en 1789, à la Maternité de Vienne; Joseph Franck, en 1801, à l'hospice général de cette ville; Senn et Dance, à la Maison d'accouchement de Paris; d'autres médecins enfin étudièrent les épidémies de scar-

(1) Gastellier. *Traité de la miliaire chez les femmes en couches.* Montargis, 1791, et Paris, 1812. — Kaltschmidt. *De morbis puerperarum*, Iéna, 1750. — Clarke. *Essai sur les maladies épidémiques des femmes en couches,* 1788, Londres.

---

lisera toutes les affaires médicales, aujourd'hui dispersées entre plusieurs départements? Un bureau, c'est bien mesquin; un chef de bureau pour représenter les intérêts sanitaires d'un pays comme la France, vraiment ce n'est pas assez. On comprend, à la rigueur, qu'un bureau suffise pour le dépôt des parapluies qu'on oublie dans les fiacres: mais dans le cas actuel, il faut évidemment quelque chose de plus important. Une direction, alors? Ce serait déjà mieux. Directeur, celui qui dirige; Monsieur le directeur, cela ne sonnerait pas mal. Et naturellement, au-dessous de la direction, non pas un, mais plusieurs bureaux, supériorité incontestable de cette combinaison sur la précédente. Pourtant la direction ne me satisfait pas encore. — Mais alors c'est donc un ministère qu'il vous faut? — Mon Dieu oui, un ministère, et pourquoi pas? Pensez-vous que ce serait trop d'un ministère pour englober tout ce qui ressortit à la médecine, nos Facultés et nos Écoles secondaires, les Ecoles vétérinaires, la protection des enfants dans les manufactures, la surveillance des nourrices, le service de la vaccine, les lazarets et les quarantaines, les services sanitaires de l'Orient, les hôpitaux et les épidémies, et les épizooties, et la pharmacie, que sais-je encore? Pensez-vous qu'il n'y ait pas là d'assez vastes attributions et dignes d'un ministère *ad hoc?* On en a créé pour moins que cela. Car, dans l'énumération ci-dessus, on s'apercevra facilement que j'oublie une infinité d'institutions qui rentrent dans le même cadre. Mon projet ne peut manquer de recruter de nombreux adhérents, parce que la création d'un nouveau ministère a toujours quelque chose de séduisant; on ne sait pas ce qui peut arriver..... On verrait à l'usage qu'un ministre de la santé publique ne ferait pas si mauvaise figure. Les anciens avaient bien des dieux ou des demi-dieux pour la médecine et la santé; nous nous contenterions d'un ministère, parce qu'après tout on fait ce qu'on peut. Au surplus, remarquez que les conseils des ministres ont exactement la même composition que l'Olympe; dans celui-ci comme dans ceux-là, nous avons les préposés à la guerre, à l'agriculture, au commerce, à l'instruction publique (Minerve), aux travaux publics (Vulcain), etc.; il est donc temps que nous remplissions les vides de nos

latine chez les femmes en couches (1). De nos jours, le mémoire de M. Guéniot provoqua de nouveau l'attention, soit dans les hôpitaux de Paris et en France (2), soit à l'étranger, au delà du Rhin et surtout en Angleterre, ce pays favori du rhumatisme et de la scarlatine (3). Enfin, le récent travail de M. Legendre prouve l'actualité de la question, toujours ouverte, de la scarlatine puerpérale.

L'existence de cette maladie chez les accouchées n'est donc plus à démontrer. Quels sont ses caractères et ses allures cliniques? Chez notre malade, l'*invasion* a été brusque. Il en est de même dans la plupart des cas. Sur un total de dix-neuf observations, la fièvre s'est montrée sept fois le premier jour, cinq fois le surlendemain, quatre fois du troisième au cinquième jours, et même plus rapidement encore dans les premières heures (Legendre, Hichs) (4) ou pendant le travail (5).

Le frisson, la fièvre, des vomissements peuvent à ce moment, à tort, faire croire à des accidents septicémiques. Néanmoins on observe la persistance de l'écoulement lochial et l'apparition précoce de l'*exanthème* dont la distribution topographique sur le tronc et les membres, à l'exception du visage et des extrémités, a été signalé comme un caractère des scarlatines des accouchées. La valeur de ce signe

(1) Malfatti. *Hufelands Journal*, t. XII. — Joseph Frank. *Encycl. des sciences méd.*, t. II, p. 98. — Rieken. *Mémoire sur l'emploi du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine*, 1843, Bruxelles. — Senn. *Essai sur la scarlatine puerpérale.* Thèse de Paris, 1845. — Dance. *Arch. gén. de méd.*, t. XXIII, 1re série.

(2) Voir : Guéniot. *De la scarlatinoïde puerpérale.* Thèse inaugurale, Paris, 1862. — Thèse de Legendre. *Étude sur la scarlatine chez les femmes en couches.* Paris, 1881. — Alméras. *Des rash confondus avec la scarlatine.* Thèse inaug. Paris, 1862. — Puech. *Annales de gynécologie*, 1876. — Bucquoy. *Bul. de la Soc. clinique*, 7 mars 1877. — Lorain. *Études de méd. clinique.* — Collinot. *Des complications cardiaques dans les exanthèmes.* Thèse inaug. Paris, 1873. — Sieffermann. *Épidémie de fièvre puerpérale.* Thèse inaug. Strasbourg, 1862.

(3) Retzius. *Archives gén. de méd.*, 1868, t. I. — Liebmann. *Arch. für gyn.* Berlin, 1876. — Thomas. Scarlatine puerpérale : *Ziemsen*, 1875, cité par Legendre. — Hunter. *Braithwaits retrosp.*, 1876, t. II, p. 336. — Brown. *Brit. med. journ.*, 1862. — Walker. *Brit. med. journ.*, t. I, p. 53 et 127, 1880. — Stone. *Idem*, t. II, p. 662, 1878. — Denham. *Dublin quat. journ.*, 1862. — Sutherland. *Edim. med. journ.*, 1876.

(4) *Brit. med. journ.*, 1878, t. I, p. 158.

(5) Thèse de Collinot. *Loc. cit.* Voir : Murchison, Brown, Callender. *Discussion sur l'incubation de la scarlatine.* Société clin. de Londres, 24 mai 1878.

---

olympes ministériels, en restituant à Esculape le portefeuille dont il a été privé pendant une si longue vacance.

Il n'y a qu'à essayer, et l'on verrra que cette nouveauté semblera bientôt tout à fait juste et naturelle. J'entends bien qu'on se récrie de différents côtés : Voyez-vous ces médecins? Jamais contents! Que d'améliorations ne leur a-t-on pas concédées depuis nombre d'années? Ils n'en ont pas assez; il leur faut encore un ministère pour eux tout seuls! — Mais non, ce n'est pas pour nous, c'est pour vous, c'est pour tout le monde; c'est nous que le susdit ministère intéresse le moins, c'est à tout le monde qu'il profiterait. On m'objectera encore, pour m'écraser sous l'autorité de nos plus célèbres adversaires, que ma proposition, et toutes celles du même genre, feraient bien rire Montaigne, par exemple ; je serais enchanté de faire rire Montaigne, et en cela je fais acte de la charité la plus évangélique, car il n'en a jamais fait autant pour moi. Parmi tous les développements de philosophie, ou plutôt de rhétorique, dont se composent les *Essais*, ceux qui sont consacrés à *bêcher* la médecine comptent certainement parmi les plus insignifiants; les arguments que l'auteur accumule pour démontrer l'inanité de notre art, sont au-dessous de ce que nous entendons journellement dans la partie la plus simple du public, et Dieu sait si nous en entendons! Ce grand esprit a une prédilection pour les remèdes de bonne femme, pour la médecine domestique, et certainement il pansait ses vésicatoires avec des feuilles de blette. Il en voulait à ses médecins de ne l'avoir pas guéri de ses coliques hépatiques, et il nous raconte son petit boniment anti-médical à grand renfort de citations latines: car il était aussi atteint de cette autre maladie qui se caractérise par l'abondance des *renvois classiques*, suivant l'expression de l'Ecole normale, et dont les victimes rendent du latin à tout propos. Il est vrai qu'en toute conscience, Montaigne ne pouvait citer ni Jean-Jacques, ni Voltaire, ni Renan. En supposant donc que Montaigne, appelé

a été exagérée, car la scarlatine, même en dehors de l'état puerpéral, ne s'étend guère que secondairement à la face et aux extrémités (1). D'une coloration souvent peu intense, cette éruption possède habituellement l'aspect *piqueté* des exanthèmes scarlatineux.

Dans huit cas sur quatorze, l'*angine* a suivi l'éruption, six fois elle la précédait et une fois l'accompagnait. Mais, *tardive* ou *précoce* dans son apparition, elle est toujours bénigne et peu douloureuse et consiste parfois seulement dans une efflorescence des piliers et du voile du palais (2).

L'exanthème s'éteint bientôt, faisant parfois place à des *poussées de miliaire*; aussi M. Guéniot a donné le nom de période de transformation à cette phase de la maladie. Dans vingt observations, cette miliaire n'a été notée que sur quatre malades, dont deux étaient atteintes d'accidents septicémiques. (Obs. III de Liébermann; — obs. II de Colson.)

La *desquamation* est constante et se manifeste après cinq, huit, quinze jours ou même plus longtemps, sous forme de plaques (huit cas sur seize), d'écailles (trois cas), ou de pellicules furfuracées (un cas). Une forme plus rare de desquamation est celle de *lames circulaires* (Guéniot) entourant les vésicules de miliaire; elle n'a été observée qu'une fois dans les cas cités par M. Legendre et ne saurait être invoquée comme un signe propre de la scarlatinoïde. Enfin, dans deux cas où il existait de la miliaire, une première desquamation furfuracée fut suivie d'une deuxième desquamation en larges plaques.

Ainsi donc, la scarlatine chez les accouchées peut-être régulière et posséder toutes les formes de la scarlatine classique (décroissance lente, délitescence, miliaire, phlyctènes, réversion, etc., etc.). Elle est aussi parfois *anormale* (rhumatisme, anasarque, albuminurie, hydropisies viscérales); ou bien encore *fruste* (3), mais, peu importe, elle conserve toujours cette mobilité et cette variabilité dans les symptômes qui lui mériterait le nom de « maladie des surprises. »

La scarlatine chez les femmes en couches est donc remarquable par la bénignité de l'exanthème et de l'énanthème. Doit-on pour ce motif en faire une forme propre

(1) Hervieux. *Union méd.*, 1867. — Ernest Besnier. Rapport sur les maladies régnantes, *Union méd.*, 1870.

(2) Lesage. *Scarlatine des femmes en couches.* Thèse inaug. Paris, 1877.

(3) Mayor. *Des néphrites chez les femmes en couches.* Thèse de Paris, 1880.

---

dans nos conseils, dut traiter légèrement toute institution tendant à élever la médecine au rang des grandes choses dont on s'occupe dans un Etat, nous aurions au moins pour nous, en manière de consolation, l'appui de Rabelais, qui verrait d'un bon œil le ministère de la santé publique, et qui en eût fait un excellent titulaire. Quant à Molière, croyez bien que dans le fond il nous était sympathique; ce qu'il a mis en scène, ce n'est pas la médecine, c'est une espèce de médecins, et de ceux-là, il y en a encore, et il y en aura toujours.

Si l'on tient à se représenter quelle contenance pourrait faire un ministre de la santé publique dans les conseils de cabinet, ce n'est point difficile. Voici un échantillon de ce qu'il pourrait dire. Pour calmer l'ardeur d'un collègue dans l'enfantement des plus vastes projets, il lui rappellerait que les grands travaux, les remaniements en bloc dans l'assiette des grandes villes, y amènent des ouvriers jeunes par fournées, et que ces bandes de nouveaux venus forment un milieu propice aux épidémies de fièvre typhoïde et autres, de telle sorte que la cité perdra de ce côté ce qu'elle gagnera sur d'autres points de l'hygiène. C'est là toute l'histoire des épidémies, toujours plus sérieuses, de fièvre typhoïde à Paris; histoire si clairement racontée devant l'Académie par M. Rochard, dont l'argumentation a mis en lumière cette seule cause, jusqu'ici démontrée, des dernières recrudescences. La fièvre typhoïde sévit à Paris plus qu'autrefois, parce qu'il y a dans Paris plus de sujets jeunes et non acclimatés; de même qu'elle est toujours en imminence, sinon en permanence dans nos casernes, depuis que celles-ci renferment exclusivement la même population d'hommes sans immunité et de l'âge que préfère la fièvre typhoïde. Des avis ainsi motivés ne seraient pas sans influence sur bien des entreprises, et la santé publique en ressentirait visiblement les effets. C'est ce même ministre, toujours imaginaire, qui dirait à quelles époques il est préférable de commencer les expéditions lointaines, et de quelles troupes il faut les composer; c'est lui qui dirigerait

à l'état puerpéral, et sous la rubrique de *scarlatinoïde* ouvrir un chapitre spécial dans la description des fièvres pourprées? Non, assurément. Les phases d'invasion, d'éruption, de transformation et d'extinction de la scarlatinoïde (Guéniot) se confondent donc avec les quatre périodes de la scarlatine vraie et ses épisodes avec les variétés de la scarlatine anormale.

Cette opinion n'est pas celle de tous les médecins, et la nature de cette affection est encore un sujet de discussion :

1° On l'a regardée comme une *éruption scarlatiniforme de la septicémie puerpérale?* Helm, Retzius, Griffith, Hisches, et d'autres encore, sont partisans de cette hypothèse. C'est là une erreur; les éruptions scarlatiniformes puerpérales sont tout au plus des pseudo-scarlatines et non pas des scarlatines vraies (1);

2° Existe-t-il une *scarlatinoïde, exanthème distinct de la scarlatine et particulier aux nouvelles accouchées?* La scarlatinoïde est une scarlatine atténuée, d'après ceux-là même qui en sont les partisans. Sa contagiosité est celle de la scarlatine (faits de Senn, 1821; Dance, 1825; Lucas-Championnière). Analogue par sa nature, la scarlatinoïde différerait donc de la scarlatine vraie par la gravité des symptômes. Soit, mais cette raison ne suffit pas pour en faire une entité morbide spéciale (2).

Reste donc la doctrine *de l'identité de nature de la scarlatine dans l'état puerpéral et hors de cet état?* Elle est admise par la majorité des médecins. L'incompatibilité des actes morbides si souvent démontrée (3), ne permet pas de la considérer comme une superposition de l'angine et de l'exanthème à la fièvre puerpérale. Avec Hebra, Grisolle, Racle, Adams, Trousseau, Peter, on doit nier ici la coexistence ou

(1) Helm. *De la fièvre puerpérale*, 1840. — Griffith. *Braithwaits retrospect*, 1879, t. II, p. 25. — Hisches. *Brit. med. journ.*, 2 février 1878. — Voir aussi : Olshausen et Martin. *Revue* de Hayem, t. IX. — Fewick. *The Lancet*, 1866. — Hillon. *Med. Times and gaz.*, 1862. — Bell Inasevere epid. of Scarlet fever no puerp. fever. *The Lancet*, 1878, p. 775 et suiv. — Strange. *Idem*, t. II, p. 801. — *Transactions of obs. Soc. London*, 1875, p. 263. — Folliot. *Brit. med. journ.*, 1879.

(2) Lorain. *Loc. cit.* — Guéniot. *Loc. cit.* — Arlas. Thèse de Paris. *Des éruptions septicémiques.* — Peter et Polaillon. *Soc. clin.*, 9 mars 1877. — Lucas-Championnière. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1879, mai. — Wels. *The Lancet*, 1875, t. I et II, p. 537 et suiv. — Voir : Fœrster (de Dresde), 1879.

(3) Peter. *Soc. clin.*, 7 mars 1877. — Hunter. *Introduction au Traité de la syphilis.* Londres, 1786. — Paul. Thèse d'agrégation, 1866.

---

l'expropriation des logements insalubres, la seule expropriation vraiment urgente pour cause d'utilité publique. On n'en finirait pas si l'on voulait énumérer toutes les questions dans lesquelles il aurait à se prononcer, et pour un peu, en suivant la pente naturelle de ces déductions, on finirait par découvrir que le ministère en question serait le plus utile, le plus logique, et au besoin pourrait remplacer tous les autres. Sans aller aussi loin, ce qui lui incomberait, ce serait d'unifier et de faire aboutir les travaux éparpillés jusqu'ici entre une foule de commissions disparates; car s'il n'est pas certain que les ministères servent toujours à grand'chose, il est absolument prouvé que les commissions ne servent jamais à rien.

De même qu'il n'en est aucun, parmi les menus incidents de notre existence, qui ne puisse avoir des effets prochains ou éloignés, visibles ou cachés, sur notre santé, de même il n'en est guère qui ne retentissent plus ou moins sur la santé publique, parmi les actes que peuvent mettre en délibération les gouvernants d'un grand pays. J'entends encore le secrétaire d'État au Département de l'hygiène, poursuivant sa première argumentation, montrer à ses collègues que les mêmes ouvriers, qui viennent bâtir des maisons et fabriquer de la fièvre typhoïde dans les grandes villes, y sont ensuite la proie de l'alcoolisme, et désormais ne font plus ou presque plus d'enfants; que cette cause, jointe à d'autres, entraîne cet abaissement du chiffre de la population, que tous les recensements nous révèlent, et qu'on ne peut constater sans chagrin; car un peuple qui ne s'augmente pas est à coup sûr dans une période d'anémie, d'appauvrissement physiologique. A ces discours moroses, on ne manquerait pas d'opposer des réfutations topiques; on répondrait à notre homme que si la population en chair et en os diminue effectivement, nous trouvons à cela une large compensation dans ce peuple de bronze qui pousse aujourd'hui comme de la mauvaise herbe, car nous élevons sans aucun doute assez de statues pour équilibrer, et au delà, le déficit annuel de la population. Ces bons-

la coïncidence des deux pyrexies sur le même individu, car si une accouchée est sous le coup de la septicémie, elle ne contractera pas la scarlatine. De là, deux sortes d'éruptions, trop souvent confondues sous le nom de scarlatine puerpérale (1).

Les unes, *éruptions scarlatiniformes septicémiques*, sont des *pseudo-scarlatines septiques* et leur ensemble constitue la *scarlatina puerperalis*, à formes multiples et graves (2). Les autres, *scarlatinoïde* et *scarlatine*, sont la *scarlatina in puerpera*, c'est-à-dire l'exanthème scarlatineux vrai, la *fièvre scarlatine* classique.

D'après cet exposé, il est facile d'estimer les nombreux obstacles, parfois insurmontables, qui embarrasseront le diagnostic avant, pendant ou après l'éruption. Durant l'*incubation*, on connaît la difficulté de la distinguer des autres *fièvres éruptives*. L'absence ou la rareté de l'angine initiale est une nouvelle cause d'erreur dans la scarlatine des accouchées. Il faut se souvenir alors que, de toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est la plus fréquente dans l'état puerpéral (3).

La soudaineté et la violence des accidents initiaux a pu parfois en imposer et faire croire à l'invasion de la scarlatine ou d'accidents septicémiques, alors qu'il existait seulement de la rétention des caillots (Griffith) (4).

Durant l'*éruption*, il ne faudra pas toujours compter sur les signes classiques des fièvres. C'est qu'en effet il est des cas où la scarlatine a un *caractère morbilleux* (5), ou bien est *papuleuse* et ressemble au *rasch scarlatiniforme variolique*. On a encore confondu avec elle les *plaques érysipélateuses* (6) du dos; la *miliaire sudorale*,

(1) Kaposi. *Annales de dermat.*, 1879. — Denham. *Loc. cit.* — Mac Clintoch. *Dublin journ. of med. sc.*, 1861. — Hervieux. *Union méd.*, 1867. — Olshausen. *Loc. cit.* — Raymond. *Loc. cit.* — Hanies. *Brit. med. journ.*, 29 décembre 1879.

(2) Sous le nom de *Scarlatina puerperalis*, Kaposi (*Leçons sur les maladies de la peau*, p. 299, t. I, 1881, trad. Ernest Besnier et Doyon), s'appuyant sur les descriptions de Helm (1837), désigne un érythème du bas-ventre, rouge foncé, accompagné de miliaire et d'accidents génitaux, et se terminant toujours par la mort avant ou pendant une desquamation, qui est ponctuée. C'est bien là une pseudo-scarlatine septicémique et non une scarlatine vraie.

(3) Raymond. *Loc. cit.* — Charpentier. *Des accidents fébriles chez les accouchées.* Thèse, Paris, 1863.

(4) Griffith. *Brit. med. journ.*, janvier 1878. — May. *Brit. med. journ.*, 1878, t. II, p. 919. — Hirks. *Loc. cit.*, 1879, p. 111. — Stoixesco. Thèse de Paris, 1876.

(5) Champtier de Ribes. Thèse de Legendre. — Lucas-Championnière. *Loc. cit.*

(6) Le Bobinnec. *Fièvre puerpérale dans ses rapports avec l'érysipèle.* Thèse, Paris, 1872.

---

hommes métalliques ont en outre l'avantage d'être sujets à peu de maladies, et d'une hygiène facile, sauf un petit accident qui leur survient de temps à autre, qui consiste dans une chute sur le sol, avec résolution et même fracture des membres, et que les pathologistes appellent *déboulonnement*.

Figurez-vous enfin le Conseil discutant d'une guerre prochaine, et le ministre sanitaire adjurant ses collègues de réfléchir encore, en dénombrant devant eux les existences sacrifiées, les deuils, les commotions publiques et domestiques, les subsistances compromises, les épidémies se déchaînant librement, tous les fléaux contenus dans le pli de leur toge. Si pourtant, dans un moment aussi grave, une autre voix s'élevait pour affirmer aux hésitants et aux timides que le succès est certain, que les sacrifices inévitables rendront la patrie plus forte et un peu plus grande, comme autrefois, que le sang répandu retournera dans ses veines, comme par une transfusion grandiose, qu'enfin l'hygiène des peuples n'est point toujours de se dorloter et de se mettre dans du coton, alors le ministre de la santé publique n'aurait plus qu'à fermer ses bureaux, à baisser pavillon et à se taire.

C'est d'ailleurs ce qui va lui arriver pendant longtemps encore.

LUBANSKI.

— Le nombre de places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par les arrêtés des 20 mai et 31 août 1882 est porté de 50 à 51. Cette cinquante et unième place sera comprise dans la section de médecine et réservée à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. le docteur Heuyer, médecin-major au 74e de ligne, vient de recevoir du roi de Suède et de Norwège la croix de chevalier de l'ordre de Wasa.

dont on a fait une scarlatine puerpérale sans angine, la *roséole confluente* et les *rotheln*. Quant aux éruptions (1) *septicémiques*, d'aspect *morbilliformes* et *scarlatiniformes*, autres par conséquent que le purpura et l'urticaire, elles sont tantôt *transitoires* et se reproduisent sans desquamation, tantôt *persistantes*, prennent alors un aspect ecchymotique et se terminent par des eschares avec ulcérations sous-jacentes. Il faut encore les distinguer des exanthèmes provoqués par les grossesses, *des éruptions de la gravidité* (2).

Les fièvres *pseudo-exanthématiques* avec ou sans angine peuvent aussi en imposer. On reconnaîtra alors l'*érythème polymorphe d'Hébra*, à sa forme circinée, marginée, papuleuse ou gyratée, et à l'absence d'angine; l'*érythème scarlatiniforme rhumatismal*, à son début par les parties inférieures ou supérieures du corps, à la très courte durée de l'éruption et à l'absence de miliaire et l'*érythème noueux fébrile* au caractère des lésions locales. Il en sera de même d'autres affections, telles que l'*eczéma rubrum* et le *pytiriasis ruber généralisés*.

La desquamation est-elle commencée? On pourrait penser à l'*érythème desquamatif scarlatiniforme* (3); mais, dans cette maladie, la desquamation est précoce, récidivante et débute dans les vingt-quatre heures, au plus tard dans les quarante-huit heures (4). Il en est de même de la dermatite exfoliatrice généralisée (5). Enfin la *dermatite pustuleuse excentrique*, de Besnier (impétigo herpétiforme d'Hébra), maladie à squames noirâtres et d'origine septicémique, le *psoriasis scarlatiniforme* de Bazin, éruption arthritique, des mains, des pieds, des organes génitaux ou de la racine des cheveux, diffèrent de la scarlatine par leur localisation.

Il faut encore se mettre en garde contre les *exanthèmes médicamenteux* (quinine, belladone, datura, copahu, arsenic, mercure) accompagnée ou non de fièvre et d'angines (6), et enfin, contre l'érythème *scarlatiniforme du croup*.

En terminant, remarquons avec Béhier, Paget, Cameron, Trélat, les analogies qui existent dans le développement de la *scarlatine des accouchées* et la pathogénie des *érythèmes scarlatiniformes traumatiques ou émotifs*. Ne faut-il voir dans le traumatisme obstétrical et chirurgical qu'une porte d'entrée au poison scarlatineux? Ou bien le choc traumatique provoquerait-il chez les opérés un état d'opportunité morbide comparable au puerpérisme et favorisant comme celui-ci l'évolution de la maladie infectieuse? Peu importe le mécanisme de ces phénomènes, leur analogie n'est pas sans intérêt (7).

Quel est le pronostic de la *scarlatine chez les accouchées?* Au témoignage des auteurs de la fin du siècle dernier, la mort en était la terminaison habituelle. Pour Trousseau, Blache et Guersant, M. Clintoch, témoins des épidémies de Blois, de

(1) E. Rigby. *Midwifery*, p. 288. — Chevance. Thèse inaug. Paris, 1878, — Aulas. *Éruptions septicémiques*. Thèse de Paris, 1878. — Quinquaud. *Essai sur le puerpérisme infectieux*. Thèse inaug., 1872.

(2) Vrain. *Exanthèmes provoqués par la grossesse*. Thèse. Paris, 1878.

(3) Voir Behrend : Erythème (*Real encyclop. der Gesamm Heilk.* et *Annales de dermat. et de syph.*, p. 594, 25 octobre 1882). — Neumann. *Modifications histologiques de la peau dans la rougeole et la scarlatine*. (*Med. Jahr. der k. k. ges. der Aerzte*, 1882, et *Annales de derm. et de syph.*, p. 595, 25 octobre 1882.) — Tremblay. *Érythème desquamatif scarlatiniforme*. Thèse. Paris, 1876. — Derrecaragaix. *Érythème scarlatiniforme rhumatismal*. Thèse. Paris, 1874. — Duprey. *Diagnostic des éruptions scarlatiniformes et de la scarlatine*. Strasbourg. Thèse, 1869. — Colard et Bussy. Thèses. Paris, 1877.

(4) Ernest Besnier. *Communication orale*.

(5) Brocq. *An. de derm. et de syph.*, p. 534, 25 oct. 1882. — Percheron. *De la dermatite exfoliatrice généralisée*, Paris, 1875, Thèse inaug.

(6) Berhend. *Loc. cit.* — Dechambre. *Des fausses scarlatines* (*Gaz. hebdom.*, 1870).

(7) Verneuil. *Éruptions septicémiques* (*Gaz. hebdom.*, 1868). — Picaud. Thèse inaug., 1875, Paris. — Tremblez et Coussez. Thèses de Paris, 1876. — Trélat. *Progrès méd.*, 1878. — Voir : Legendre. *Loc. cit.* — Howsc. Épidémie de Guy's hospital. *Braithwaits retrospect*, 1879, t. II, p. 20.

Paris, de Dublin, le pronostic n'était pas moins sombre (1). En 1870, M. Besnier comptait deux cas de mort sur cinq. Sur vingt cas observés depuis dix ans et signalés par M. Legendre, la mortalité est de quatre malades. A quelle cause attribuer ces différences? Doit-on faire appel au génie morbide, au *quid divinum* des anciens, cet aveugle agent de la malignité ou de la bénignité des épidémies?

N'est-il pas plus rationnel d'attribuer cette atténuation de la mortalité au progrès du diagnostic des scarlatines vraies chez les accouchées avec les maladies scarlatiniformes et les éruptions septicémiques qui constituaient la redoutable « *scarlatina puerperalis* des anciens médecins? » Ch. ELOY.

(1) Guersant et Blache. *Diction. en 30 vol.*, t. XXVIII, p. 170. — Mac Clintoch. *Med. Record.*, 1866, t. I, p. 303. — Longstaff. *Brit. med. journ.*, 1880, t. I, p. 661. — E. Besnier. *Loc. cit.* — Voir les récits de Briende, médecin de la Haute-Auvergne, sur le *Fléau et l'hydre épidémique du vallon de la Jordone* et les monographies des épidémies puerpérales du XVIII[e] siècle en Allemagne et en Italie. — Guéniot. *Loc. cit.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XVII[e] ARRONDISSEMENT DE PARIS.

Fondée dans le but de défendre les intérêts moraux et professionnels du Corps médical, cette Société réunit un nombre important de membres résidant sur l'arrondissement ou dans les communes suburbaines les plus voisines. Avec un tel programme, on comprendra facilement que les séances mensuelles ont un ordre du jour toujours très chargé.

Son conseil de famille a pu plusieurs fois déjà exercer un contrôle efficace sur l'exercice illégal de la médecine dans l'arrondissement et sur les pratiques de médecins qui ne satisfont pas aux devoirs professionnels. Elle vient d'obtenir une taxation minima, plus équitable et mieux rémunératrice des honoraires, en cas de contestation devant la Justice de paix. Dans les litiges, cette autorité judiciaire fait maintenant appel à une expertise contradictoire, dans laquelle un membre de la Société donne son avis.

Enfin, elle sollicite actuellement de l'autorité préfectorale un recensement sérieusement fait des médecins de l'arrondissement. On a lu dans l'UNION MÉDICALE (mai 1882) les abus nombreux et les usurpations de titres auxquelles donnait lieu la confection des listes médicales officielles. Ces inconvénients sont d'autant plus grands et d'autant plus graves que ces listes sont les seuls documents officiels dont les administrations peuvent disposer. Les erreurs accidentelles et les indications faussement fournies par les intéressés reçoivent ainsi une sorte de sanction. De plus, l'Administration est exposée — et des exemples manifestes sont signalés, — à faire appel à des individus pourvus de diplômes douteux ou de titres usurpés, pour des services publics, tels que le service médical de nuit, les constatations judiciaires, etc., etc.

L'initiative que nous signalons a une utilité incontestable. Suivie par les autres Associations médicales de la capitale, elle peut être plus féconde encore. En tout cas de tels résultats, obtenus par les efforts isolés d'une seule Société, sont la meilleure réponse aux sceptiques et aux détracteurs de l'Association et du principe de la solidarité professionnelle. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Voici, *in extenso*, sur l'appareil venimeux et le venin du Scorpion, la note intéressante de M. Joyeux-Laffuie, dont j'ai mal orthographié le deuxième nom dans un précédent *Bulletin*.

« Malgré sa grande simplicité et les nombreuses descriptions que nous ont données les anatomistes, l'appareil venimeux du Scorpion mérite encore d'attirer l'attention à quelques points de vue. Quant au mode d'action du venin, MM. Paul Bert et Jousset de Bellesme ont émis sur ce sujet des idées complètement opposées.

Ayant eu en ma possession un aussi grand nombre de Scorpions occitaniens que je l'ai désiré, grâce à la création, par M. de Lacaze-Duthiers, d'un laboratoire de Zoologie à Banyuls-sur-Mer, j'ai pu faire l'anatomie de l'appareil venimeux et chercher quel est le véritable mode d'action du venin. C'est le résultat de ces recherches que je viens présenter à l'Académie.

Anatomie. — L'appareil à venin du Scorpion est constitué par le dernier segment abdomi-

nal; renflé, piriforme, il se termine par un aiguillon recourbé, de couleur foncée, à extrémité très aiguë, et près de laquelle on distingue, à la loupe, les deux petits orifices ovalaires destinés à la sortie du venin.

Pour se rendre un compte exact de la forme, de la situation et des rapports des glandes à venin, ainsi que de leurs canaux excréteurs, il est nécessaire de faire des coupes transversales dans toute la longueur de l'appareil venimeux.

Les glandes à venin sont au nombre de deux, de même forme, de même volume et symétriquement placées. Chaque glande est logée dans une sorte de cavité qu'elle remplit complètement et qui est constituée : du côté externe, par le squelette chitineux; sur les faces interne, antérieure et postérieure, par une membrane musculaire formée de fibres striées. Ces fibres s'insèrent sur le squelette chitineux : d'une part, suivant une ligne antérieure située à peu près à la réunion de la face externe avec la face antérieure; d'autre part, sur une seconde ligne postérieure placée à la réunion de la face externe avec la face postérieure.

Ces fibres musculaires forment ainsi une cloison courbe dont la concavité regarde la glande : c'est pour ainsi dire une sorte de sangle allant d'une extrémité à l'autre de l'organe et qui, par ses contractions soumises à la volonté de l'animal, comprime les tissus et chasse le venin au dehors. Il existe ainsi, pour chaque glande à venin, une cloison musculaire; contiguës sur la ligne médiane, elles laissent en avant et en arrière, en se séparant, deux espaces remplis par du tissu cellulaire et dans lequel cheminent les vaisseaux et les nerfs qui se rendent à l'appareil à venin.

Chaque glande comprend une paroi et une cavité centrale qui sert de réservoir pour le venin sécrété. La paroi de la glande est composée de deux couches :

1° Une couche mince constituée par du tissu cellulaire et des fibres musculaires lisses : cette couche présente à sa face interne des prolongements en forme de lames, situés dans la cavité centrale, prolongements qui ont pour effet d'augmenter la surface sécrétante.

2° Une couche cellulaire constituée par un épithélium prismatique non vibratile, tapissant la face interne de la couche précédente ainsi que les replis qu'elle présente. Les cellules épithéliales, observées à l'état frais et à un fort grossissement, se montrent remplies de protoplasma, contenant en suspension et en grande abondance de fines granulations arrondies caractéristiques du venin de Scorpion. Ces granulations masquent le noyau des cellules, mais il suffit de traiter par l'acide acétique pour le voir immédiatement apparaître. Ce sont ces cellules épithéliales qui élaborent le venin et d'où il s'échappe par rupture des cellules pour s'accumuler dans la cavité centrale de l'organe jusqu'à ce que, sous l'influence de la volonté de l'animal, il soit rejeté au dehors.

Physiologie. — Le venin de Scorpion est un poison très actif, sans cependant atteindre le degré de puissance toxique que certains auteurs ont voulu lui attribuer; son action est en rapport direct avec la quantité introduite dans l'économie. Une goutte de venin, soit pure, soit mélangée à une petite quantité d'eau distillée et injectée dans le tissu cellulaire d'un lapin, amène rapidement la mort. Les Oiseaux sont aussi facilement tués que les Mammifères. Avec une seule goutte de venin on peut faire périr sept à huit Grenouilles. Les Poissons, et surtout les Mollusques, sont beaucoup plus réfractaires; mais, en revanche, les articulés sont d'une susceptibilité surprenante; la centième partie d'une goutte de venin suffit pour tuer immédiatement un Crabe de forte taille. Les Mouches, les Araignées et les Insectes dont le Scorpion fait sa nourriture sont, pour ainsi dire, foudroyés par la piqûre de cet animal.

Le venin de Scorpion paralyse, après un temps généralement court, les muscles striés et supprime les mouvements spontanés et réflexes. Toujours chez tous les animaux apparaissent d'abord des phénomènes d'excitation auxquels succèdent bientôt des phénomènes de paralysie. On peut donc distinguer dans l'empoisonnement par le venin de Scorpion deux périodes : 1° une période d'excitation; 2° une période de paralysie.

M. Paul Bert a décrit les phénomènes d'excitation et montré les points communs et différentiels entre les convulsions produites par le venin de Scorpion et celles que l'on observe dans l'empoisonnement strychnique; il me suffit d'ajouter que, contrairement à l'opinion de cet auteur, plus la dose de venin injecté est considérable, plus tôt les convulsions se montrent et plus elles sont violentes. Au contraire, plus la dose est faible, plus tard les convulsions apparaissent et plus elles sont légères.

La période d'excitation est un indice certain de la période de paralysie. Lorsque la première s'est manifestée, si faiblement que ce soit, la seconde ne fait jamais défaut. C'est un fait important pour les cas de piqûre de l'homme par le Scorpion; tant que la période d'excitation ne se sera pas montrée, on n'aura pas à craindre la période de paralysie, qui seule est capable de causer la mort. Il n'existe aucun temps de repos entre les deux périodes, même en général la seconde a déjà commencé que la première persiste encore.

Naturellement on doit se demander quel est le mode d'action du venin. Pour M. Paul Bert,

c'est un poison du système nerveux; pour M. Jousset de Bellesme, c'est un poison des globules sanguins.

Le venin injecté dans le tissu cellulaire d'un animal pénètre dans la circulation : là M. Jousset de Bellesme prétend que le venin agit sur les globules du sang. Je me hâte d'ajouter que les choses sont loin de se passer aussi simplement, et que cette théorie, purement fantaisiste, est basée sur des expériences dont j'ai vérifié l'inexactitude.

Le venin n'a aucune action sur le sang, et, mélangé à lui, il est entraîné dans le torrent circulatoire et va se répandre dans tout l'organisme. Il arrive ainsi aux centres nerveux qu'il irrite et provoque les convulsions caractérisant la période d'excitation. Ces convulsions sont causées par l'action du venin sur le cerveau, aussi font-elles défaut chez les grenouilles, dont on a préalablement séparé le cerveau et la moelle. Si, d'une part, le sang conduit le venin au contact des centres nerveux, d'autre part il le conduit aussi vers les terminaisons nerveuses qu'il modifie d'une façon particulière; comparable au mode d'action du curare, il paralyse l'action des nerfs moteurs sur les muscles striés.

Le venin de scorpion doit donc être placé parmi les poisons du système nerveux, comme le veut M. Paul Bert, et non comme M. Jousset de Bellesme a cherché à le démontrer, parmi les poisons du sang. »

JOURNAL DES JOURNAUX

Elongation du sciatique par la flexion forcée dans le tabes dorsalis, par Fieber. — L'élongation donne des résultats positifs dans l'ataxie locomotrice. Mais chacune des séances d'élongation par la méthode ordinaire, qu'il peut être nécessaire de répéter plusieurs fois, nécessite une opération sanglante. Fieber a eu l'idée de se servir d'un procédé depuis longtemps préconisé par Vogt dans la sciatique, il consiste à pratiquer la flexion forcée du membre inférieur sur le bassin. Il s'est assuré sur le cadavre qu'on réalise ainsi une élongation efficace. Une seule manœuvre peut même donner des résultats thérapeutiques inespérés. Il cite le cas invraisemblable d'un tabétique avancé, avec atrophie du nerf optique, qui après une seule élongation par ce procédé, s'en fut chercher une place chez un maître à danser ! (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1881, n° 50.

Anévrysme de l'artère basilaire, par Runeberg. — Un homme vigoureux de 56 ans, ayant souffert un seul jour de mal de tête, fut trouvé au lit le lendemain matin sans connaissance. Le médecin appelé put penser se trouver en présence d'un cas d'empoisonnement par le chloroforme : les pupilles étaient largement dilatées, égales, sans réaction à la lumière. Résolution musculaire générale; la tête dans l'extension forcée; la langue, refoulée en arrière, gênant la respiration, qui sans cela était large et régulière. Le pouls lent, mais fort, égal; les battements du cœur normaux. Réflexes à la suite de piqûres d'épingle. L'empoisonnement par le chloroforme était néanmoins à exclure. Runeberg pensa à une hémorrhagie méningée. L'état général ne s'améliora pas; les réflexes plus développés, la respiration de plus en plus superficielle et fréquente; le cœur faiblissant, les téguments cyanosés et couverts de sueur. La température montant à 40°. Le malade mourut au milieu de ces symptômes deux jours après le début des accidents.

L'autopsie fit découvrir un anévrysme de l'artère basilaire ouvert dans les méninges. Le sang s'était épanché dans les espaces sous-arachnoïdiens de la face inférieure des hémisphères; il n'y avait pas d'autre foyer. La rupture de l'anévrysme avait été probablement signalée par la céphalée du début; l'épanchement sous-arachnoïdien s'était fait peu à peu pendant le sommeil qui avait precédé les accidents comateux. (*Schmidt's Jahrbücher*, 1882, n° 2.)

Une épidémie de suette miliaire, par Kusbacher. — Le point de départ de l'épidémie qui envahit peu à peu un territoire de 14,134 habitants est un petit village qui eut 19 personnes atteintes en 5 jours avec 2 décès. En moins de deux mois, on compta au total 672 malades avec 36 décès. Au moment où cette statistique était dressée, 16 étaient encore en traitement. L'âge moyen était entre 20 et 40 ans. Les hommes comptent pour 174 malades, seulement avec 18 décès; les femmes pour 498 cas avec 25 décès.

Le début se signalait par un malaise général de 24 ou 48 heures; puis des frissons suivis d'une chaleur considérable, de l'agitation, des palpitations, et des sueurs très abondantes et d'une odeur aigre. L'éruption, qui n'était pas constante, consistait en une sorte de miliaire rouge généralisée. La mort avait lieu dans le cours ou au milieu de convulsions; ou la diminution progressive des sueurs menait en une semaine ou deux à une convalescence caractérisée par une grande faiblesse et une pâleur extrême. L'herpès labialis s'observait quelquefois. L'urine était rare, avec une diminution de phosphates, mais une augmentation notable de

résidus azotés : elle était riche en matière colorante. Les autopsies ne donnaient à constater qu'un peu de tuméfaction des ganglions mésentériques. (*Memorabil.* 1882, XXVII.)

Sur la richesse en alcaloïdes de la belladone à diverses époques de sa croissance, par GERRARD. — L'auteur avait déjà eu l'occasion de constater que, contrairement à l'opinion générale, les feuilles des espèces cultivées ou sauvages sont plus riches en alcaloïdes que les racines. De nouvelles recherches lui ont démontré que la plante d'une année de croissance seulement ne contient que la moitié de la quantité d'atropine qu'on retrouve dans les pieds plus anciens. Ce fait a, en réalité, peu d'importance, parce qu'on ne récolte jamais la jeune plante pour les usages thérapeutiques. Un sol crayeux favorise la richesse en alcaloïde. Avant la floraison, on en trouve peu ; à la floraison, les quantités augmentent et se maintiennent telles pendant la fructification. En juin, par exemple, on obtient un tiers en plus d'atropine qu'en mai. L'augmentation est proportionnellement la même dans les feuilles et les racines, bien loin d'obtenir ce balancement qui avait été signalé par certains auteurs. (*The Pharmatic Journ.*, 2 septembre 1882.)

Sclérose latérale amyotrophique, par FERRIER. — Cet auteur donne la relation de deux cas très complets de slérose latérale amyotrophique, et fait ressortir combien la création de cette entité nouvelle est justifiée, et en quoi elle se distingue essentiellement de la paralysie bulbaire. Voici sommairement un de ces faits : Homme de 28 ans. Bonne santé antérieure. A la suite des fatigues d'un long voyage, il y a un an et demi, a été pris tout à coup de troubles de la parole et de la déglutition, puis en quelques mois, parésie des bras, puis des jambes, suivie de contractures rendant la marche très difficile; atrophie des muscles de l'éminence thénar. Au moment de l'examen, on observait la parésie des muscles buccaux, le nasonnement de la voix; le voile du palais, qui suit les mouvements de la respiration, réagit au toucher. La langue, tirée au dehors, est tremblante. Les mouvements d'extension de la tête, seuls, sont difficiles; il n'y a pas, cependant, de contracture des muscles du cou. Les mouvements d'élévation des bras, collés au corps, sont limités, douloureux, surtout à l'épaule. Les deltoïddes et en général tous les muscles sont atrophiés et présentent des contractions fibrillaires. Les mouvements de supination et d'extension de la main droite ne sont pas possibles. Atrophie marquée des muscles interosseux et des éminences thénar et hypothénar. L'excitation aux courants galvanique ou faradique est presque intacte partout, sauf au niveau de l'éminence thénar gauche. Aucune atrophie des membres inférieurs, mais une contracture très marquée, surtout des adductenrs. Les pieds en varus-équin. La station debout est impossible. Les réflexes cutanés conservés, le réflexe rotulien exagéré; sensibilité normale partout. Sphincters intacts. Aucune lésion à l'hophthalmoscope.

Le deuxième sujet est tombé malade cinq ans auparavant, à la suite d'un bain forcé. Comme particularité son histoire mentionne : diminution légère de la sensibilité dans toute lr moitié droite du corps. Amélioration à la suite du traitement galvanique, puis rechutes. Marche très difficile à cause de la contracture des adducteurs et des jumeaux et soléaires. Douleurs dans les aines et les adducteurs. Légers troubles de la miction. Amélioration définitive par le repos, l'iode, le bromure de potassium. Le traitement par les courants contenus n'y a contribué en rien. (*The Lancet*, 1881, 21 mai.)

R. LONGUET.

COURRIER

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — On nous annonce que M. Marchand passe de la maternité de Cochin à l'hospice de Bicêtre. Par conséquent, M. Berger reste à Lourcine, comme nous l'avons annoncé, et M. Pozzi devient titulaire de la maternité de Cochin.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — On télégraphie de Saintes :

« L'épidémie de fièvre typhoïde sévit toujours ici. On a constaté sept décès lundi.

« Un bataillon du 6e de ligne, qui devait partir pour l'île d'Oléron, a reçu contre-ordre.

« On prétend que l'épidémie est dans l'île. Le médecin-major du régiment y est parti pour se rendre compte de la situation. »

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Delage, docteur ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de maître de conférences de zoologie, pendant la durée du congé accordé à M. Joliet (du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1883).

M. Boitel, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Curie, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur Rabot est nommé chef de clinique médicale ; M. le docteur Gangolphe est nommé chef de clinique chirurgicale ; M. le docteur Chambard est nommé chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; M. le docteur Royer est nommé chef de clinique des maladies mentales.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Camaret (Joseph-Marie) est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Guilbaud, démissionnaire.

M. Berger (Prosper-Joseph) est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Réby démissionnaire.

NOMINATIONS. — Par décret du 20 novembre 1882, ont été nommés :

Médecin aide-major de deuxième classe : MM. les médecins stagiaires Hutin, Mosimann, Béchard, Petit, Stroebel, Lafille, Meunier, Raynal, Février, Carlier, Monnot, Lepagnez, Pailloz, Basin, Boucher, Godin, Debrie, Desprez, Barberet, Fabre, Robert, Tayac, Vachez, Sabatier, Bernard, Gruet, Baratte, Mesnier, Toussaint, Segrestan, Poirier, Pelletier, Germaix, Pélix. Jette, Vogelin, Chameroy, Clavelin, Boussavit, Dupeyron, Dumontier, De Poul de Lacoste, Billet, Galibern, Piot, Landouzy, Ott, Cornille, Bodeau, Cot, Pascaud, Bonnamy, Pruniéras, Rostan, Delorme, Doze et Dève.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens stagiaires Vaudin, Manget, Rieard, Pauleau, Varenne, Rouvet, Évesque, Bremer, Adam. Jaudos, et Rougnon.

— Par décrets en date du 20 novembre 1882 sont nommés, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les médecins retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, dont les noms suivent :

M. Muller (Cyrille-Adolphe-Auguste), au grade de médecin principal de deuxième classe ; M. Noel (François-Félix-Raymond), au grade de médecin-major de première classe. (Emplois vacants par organisation.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, reconnue d'utilité publique. — *Programme des prix et récompenses à décerner en* 1883. — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 7 juin 1882, a décidé :

1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ;

2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes :

De l'alcoolisme héréditaire ;

Action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré ;

Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude.

Une somme de 2,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1883.

Conformément aux dispositions de l'art. 2, § 5, de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1883, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs ou autres personnes qui seront signalées pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Par décrets en date du 31 octobre, il est interdit d'employer les enfants de moins de seize ans et les filles mineures de moins de dix-huit ans comme producteurs de force motrice, au tissage par les métiers dits à la main.

Il est interdit d'employer les garçons de douze à quatorze ans et les filles de douze à seize ans à traîner des fardeaux sur la voix publique. — Les garçons et les filles au-dessus de douze ans peuvent traîner des fardeaux dans l'intérieur des manufactures, usines, ateliers et chantiers ; à condition que le traînage sera effectué sur un terrain horizontal et que la charge ne dépassera pas 100 kilogrammes, véhicule compris. — Les garçons seuls de quatorze à seize ans seront autorisés à traîner des fardeaux sur la voie publique, à la condition que la charge ne dépassera pas 100 kilogrammes, véhicule compris.

Il est interdit aux couvreurs et aux plombiers d'employer des enfants a des travaux qui sont effectués sur les toits.

Le gérant, RICHELOT.

PARIS. — ypographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

ÉTUDES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. L.-G. RICHELOT, agrégé, suppléant M. le professeur RICHET.

NOVEMBRE 1882

SUR LE TRAITEMENT DES ADÉNITES CHRONIQUES SIMPLES PAR LES INJECTIONS INTERSTITIELLES DE TEINTURE D'IODE.

Messieurs,

Dans un *Traité des injectious sous-cutanées à effet local*, paru en 1875, notre savant confrère de Reims, M. le docteur Luton, a réuni un grand nombre de faits montrant les services variés et de valeur très inégale que peuvent rendre les seringues d'Anel ou de Pravaz, plus ou moins modifiées. La sincérité qu'il a mise à rendre justice aux travaux nés avant lui ou à côté de lui, nous engage à reconnaître que nul n'a mieux approfondi la question, ni cherché avec plus de zèle à tirer part d'une méthode ingénieuse.

Dans ce livre sont réunies une foule d'affections qui tout d'abord semblent disparates et ne sont liées entre elles que par une idée commune : la localisation de l'acte curateur. A part cela, tout est dissemblable : nature du mal, nature du liquide injecté, indications, effets produits sur les tissus. M. Luton préconise les injections sous-cutanées contre les points douloureux des névralgies diverses; il détermine par ce moyen des « phlegmons artificiels » à titre d'agents révulsifs ou destructeurs; il modifie les périostites, enflamme les bubons, mortifie les tumeurs bénignes ou malignes, etc.

Au milieu de ces applications variées, il en est quelques-unes dont la pratique journalière n'a pas tiré grand profit. Sauf des cas très spéciaux, irons-nous attaquer en détail, par de longues irritations et des fontes purulentes successives, une tumeur qui réclame notre intervention, quand l'instrument tranchant nous donne à si peu de frais une plaie simple, une cicatrice régulière, et quand la méthode antiseptique nous promet aujourd'hui, plus que jamais, une victoire prompte et décisive ?

Mais s'il faut nous prémunir contre une généralisation excessive, et garder pour de rares occasions quelques-uns des procédés de notre confrère, je n'en trouve pas moins dans son ouvrage plusieurs conseils bons à retenir et fort dignes d'être mis en lumière.

L'injection interstitielle produit sur quelques tumeurs et dans certaines conditions, un travail inflammatoire modéré suivi d'atrophie, qui peut être utilisé pour répondre à des indications précises. En vous parlant ainsi, j'ai en vue les *adénites chroniques simples* de la région cervicale. Je vais en quelques mots vous rappeler les malades qui ont passé sous vos yeux, et par ces faits probants vous montrer le but à atteindre et la manière de procéder.

Je ne fais aucune allusion aux tumeurs malignes des ganglions cervicaux appelées lymphadénomes, et pour lesquelles il n'existe pas d'injections curatives qui puissent les empêcher de pulluler sur place ou d'envahir l'économie. Je laisse également de côté les adénites scrofuleuses en voie de ramollissement, où l'injection d'un liquide irritant peut déterminer une phlegmasie franche, aiguë, éliminatrice, qui la rattache évidemment à d'autres procédés modificateurs des foyers scrofuleux. Quand je dis les *adénites chroniques simples*, j'entends ces tumeurs ganglionnaires

indolentes, aphlegmasiques, stationnaires, qu'on peut ordinairement rattacher au tempérament lymphatique, à des lésions impétigineuses du cuir chevelu, mais dont l'origine est souvent inexpliquée. Je tiens formellement à circonscrire ainsi mon sujet.

Contre cette variété, la médication anti-strumeuse et les applications locales échouent presque toujours; et cependant les malades sont importunés par cette tumeur qui les déforme, et quelquefois les empèche de se procurer du travail. L'extirpation, de guerre lasse, est parfaitement indiquée; mais si la masse ganglionnaire est volumineuse, la trace de l'opération peut être aussi fâcheuse que la maladie elle-même, sans parler des sujets auxquels le bistouri fait peur. Il y a donc intérêt à mettre en œuvre un moyen qui puisse être accepté par les pusillanimes et satisfaire les beautés exigeantes.

Etant admise l'opportunité d'un moyen de ce genre, voici maintenant la preuve qu'il réussit.

J'ai constaté le fait pour la première fois, d'une façon non douteuse, en 1878, alors que je remplaçais à la Pitié M. le professeur Verneuil. Un homme d'une quarantaine d'années vint trois fois à la consultation, à huit ou dix jours d'intervalle, et chaque fois, avec la seringue de Pravaz, douze ou quinze gouttes de teinture d'iode furent injectées dans une tumeur ganglionnaire indolente et volumineuse, qu'il portait au tiers supérieur de la région sterno-mastoïdienne. Après ces trois séances, il était loin d'être guéri, et je le perdis de vue; mais sous l'influence des piqûres, la masse ganglionnaire avait subi un retrait si rapide, que désormais mon opinion était faite sur l'action physiologique de la teinture d'iode, et que je résolus d'y revenir.

Pendant le mois d'août dernier, vous avez pu voir au nº 2 de la salle Saint-Landry un homme de 27 ans, dont l'histoire est absolument démonstrative. Alcher, camionneur, portait une adénite chronique simple, siégeant à droite, au niveau du tiers supérieur du sterno-mastoïdien; la tumeur était grosse, lobulée, formée de plusieurs ganglions agglomérés, sans douleur ni altération de la peau; elle avait résisté aux applications locales et au traitement anti-strumeux. Etiologie négative, bonne santé apparente, aucun signe de scrofule confirmée. Je fais, le 3 août, une première injection interstitielle : l'aiguille de la seringue de Pravaz est enfoncée dans la partie la plus saillante de la tumeur, quelques mouvements lui sont imprimés pour faire de la place au liquide, et 30 gouttes de teinture d'iode sont poussées au milieu des tissus. Réaction locale très légère et peu douloureuse; au bout de quelques jours, diminution extraordinaire de la masse. Les ganglions dont elle est formée deviennent plus distincts; il en reste un volumineux à la partie supérieure, les autres plus petits sont groupés au-dessous et ne déforment pas la région. En présence d'un tel résultat, une seconde injection est faite le 14 août dans le ganglion supérieur; mais aucun effet ne se produit. Le 23, nouvelle piqûre; cette fois le ganglion paraît dur, et 10 ou 15 gouttes peuvent à peine s'y faire place; le 26, aucun changement.

Après les trois piqûres, la difformité de la région était encore très apparente; mais le ganglion supérieur, du volume d'une grosse noix, en était seul responsable. Dans cette situation nouvelle, une incision de minime importance pouvait donner passage à la tumeur, et je me disposais à intervenir, à cause du résultat négatif de la dernière injection, lorsque le ganglion diminua de nouveau, et bientôt s'atrophia de lui-même au point que l'aspect de la région était presque normal; vue de face, la différence entre les deux côtés était fort peu sensible; et le malade, qui n'en demandait pas davantage, nous quitta le 4 septembre.

Une jeune fille de 25 ans environ, qui vient nous voir tous les huit jours depuis deux mois, est un exemple aussi frappant des résultats qu'on peut obtenir avec la teinture d'iode employée pure en injections interstitielles. Cette jeune fille avait, comme le précédent malade, une grosse masse ganglionnaire à droite, au sommet de la région sterno-mastoïdienne; plusieurs petits ganglions faisaient la chaîne jusqu'à la région sus-claviculaire. Chaque semaine j'ai fait une piqûre. La première

fois j'ai vidé toute la seringue de Pravaz au beau milieu de la masse, et j'ai recommandé à la jeune fille de se traiter par les cataplasmes en cas d'inflammation vive; mais aucune réaction n'est survenue. Les deux piqûres suivantes n'ont pas été faites au même point; mais bientôt l'atrophie de la tumeur était si avancée, qu'on ne voyait plus qu'un seul ganglion volumineux à la partie supérieure; les autres, petits et roulant sous la peau, déformaient à peine la région. Contre ce ganglion principal furent dirigées les quatre dernières piqûres, lesquelles pénétrèrent avec peine et en moindre quantité, à cause de l'induration progressive. Aujourd'hui, j'ai fait la septième injection, et en plongeant l'aiguille j'avais peur de manquer le ganglion ou d'en dépasser les limites, tant il est diminué de volume. Rappelez-vous ce qu'était la tumeur au mois de septembre dernier; enlaidie par cet énorme engorgement ganglionnaire, la jeune fille se désolait d'avoir épuisé vainement toutes les médications. Aujourd'hui, regardez-la bien en face, l'asymétrie a presque entièrement disparu; il ne reste plus qu'une tuméfaction légère de la région dans son tiers supérieur. La jeune fille est exigeante, et nous demande une restauration complète de ses formes. Je regrette, Messieurs, de quitter bientôt le service de l'Hôtel-Dieu; j'aurais vu, je l'espère, le résultat de ma septième piqûre, et l'atrophie totale du dernier ganglion. Mais avouez que, si les choses en restent là, c'est déjà un succès positif et bien digne d'être cité à l'actif de la méthode (1).

On n'a pas toujours sous la main les malades de ce genre, et beaucoup nous échappent avant le résultat final. Aussi, malgré les premiers effets constatés, ne pouvons-nous toujours les citer comme des exemples de guérison certaine. C'est ce qui m'arrive en ce moment chez un garçon d'une quinzaine d'années, qui vient nous voir depuis le commencement d'octobre, et à qui j'ai pratiqué l'autre jour une cinquième injection. Les piqûres ont été faites, comme chez la jeune fille, à huit jours d'intervalle; les premières n'ont rien donné d'apparent, mais depuis la quatrième, la diminution de la masse ganglionnaire s'est nettement accentuée. Aujourd'hui, un ganglion très dur subsiste à gauche, sur le sterno-mastoïdien, et produit encore une déformation notable; piqué pour la cinquième fois, il n'a voulu admettre qu'une dizaine de gouttes; je compte formellement sur son atrophie. Mais dans quelques jours, Messieurs, j'abandonnerai le service de l'Hôtel-Dieu, et j'ignorerai sans doute le sort de mon malade.

Je dois faire les mêmes réserves sur une femme de 30 ans, à qui j'ai fait sous vos yeux, le 27 octobre dernier, une injection interstitielle dans un goître parenchymateux qu'elle a depuis quinze ans. L'ensemble du corps thyroïde est hypertrophié, mais faiblement; le lobe gauche est très volumineux et de molle consistance. J'aurais pu croire à un kyste, mais, en essayant l'aspiration avec la seringue de Pravaz, avant de la remplir, j'ai pu m'assurer qu'il n'y avait pas de liquide. Alors j'ai fait pénétrer la teinture d'iode à la dose de 30 gouttes, et j'ai recommandé les cataplasmes en cas d'inflammation vive. La malade est revenue il y a quelques jours, ayant très peu souffert à la suite de la piqûre, et j'ai fait une seconde injection, 20 gouttes à peine, dans le même lobe thyroïdien, toujours volumineux mais certainement plus dur que le premier jour. Ce travail d'induration accompagne ordinairement le retrait progressif de la tumeur. Que vous dirai-je de plus? Je perdrai de vue cette malade, et j'ignore ce qu'elle deviendra. Mais ce que je puis affirmer, c'est qu'à la Pitié en 1878 et l'année dernière à Saint-Louis, j'ai obtenu, pour des goîtres parenchymateux analogues à celui-ci, des diminutions de volume très manifestes. Je n'ai pu les suivre jusqu'à la guérison, et j'en ai vu d'autres, surtout les plus anciens, qui résistaient absolument. Mais, si mon expérience est ici en défaut, je dois vous rappeler que M. Luton,

(1) J'ai revu la malade le 1er décembre: en la regardant de face, il n'y a plus aucune différence entre les deux côtés. Le ganglion ne dépasse guère le volume d'une amande; il fait une saillie très légère, qu'on aperçoit si on examine obliquement la région. La jeune fille est satisfaite, et, enchantée de n'avoir pas la plus petite cicatrice, elle se considère comme absolument guérie.

M. Bertin (de Gray) et d'autres auteurs ont publié des observations très concluantes en faveur de ce mode de traitement.

Je vous ai parlé du goître incidemment, parce que la teinture d'iode en injections à certainement sur quelques formes de cette maladie la même influence que sur les adénites. Je reviens maintenant à mon sujet.

J'ai laissé de côté avec intention les tumeurs de divers ordres, et certains liquides, eau salée, nitrate d'argent, chlorure de zinc dont l'action irritante a pu être utilisée pour faire suppurer ou détruire les tissus. Je n'ai voulu mettre en lumière que l'usage de la teinture d'iode, injectée pure à la dose de 10 à 30 gouttes, suivant le volume et la consistance de la tumeur, et cela dans un ordre de faits bien déterminé : il s'agissait des adénites chroniques simples, sans phlegmasie ni ramollissement, et d'une modification intime que la teinture d'iode éveille dans leur trame, irritation modérée qu'il est à peine besoin de calmer pendant les jours qui suivent la piqûre, et qui, loin d'aboutir à la suppuration, est suivie d'induration, de retrait progressif, d'atrophie plus ou moins complète. C'est là, si je ne me trompe, un côté fort intéressant du traitement des adénites. Les cas de ce genre forment un groupe naturel, qu'on peut détacher des autres applications plus ou moins heureuses de la méthode des injections à effet local, et sur lequel une expérience encore peu étendue me permettait de vous donner quelques enseignements positifs.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES PRATICIENS DE NEW-YORK.

De la leucorrhée chez les enfants et de son traitement.

Le docteur Gibney rapporte quelques cas de leucorrhée chez les enfants. Chaque année, il rencontre plusieurs cas de vaginite séro-purulente chez des enfants de 2 à 6 ans. Il a invariablement trouvé chez ces enfants la diathèse strumeuse. Dans quelques cas, les malades avaient des vers intestinaux.

Le dernier cas observé est celui d'une petite fille délicate, âgée de 5 ans, atteinte d'une synovite aiguë du genou. Une semaine après, il s'aperçut qu'elle avait de la vaginite et lui fit faire des injections astringentes.

Le docteur Gibney lui donna du sulfure de calcium à la dose de 6 milligr. toutes les trois heures. A la fin de la semaine, il n'y avait pas de progrès; il ordonna alors des injections chaudes faiblement phéniquées.

Ces injections n'amenèrent aucune amélioration. Il lui donna alors du fer et de l'huile de foie de morue. Peu de temps après, la mère lui amena un second, puis un troisième enfant, atteints de la même maladie. Il n'en put trouver la cause.

Le docteur F.-P. Kinnicutt a vu un grand nombre de cas de leucorrhée chez des enfants, dans le service des enfants de l'hôpital de New-York. Presque toujours l'affection était très tenace. Souvent la leucorrhée existait conjointement avec la diathèse strumeuse, et de temps en temps une investigation minutieuse a révélé la présence d'une grande quantité d'acide urique dans les urines. Il pense que la leucorrhée est le résultat de la propagation à la muqueuse vaginale d'une inflammation uréthrale due à la présence de cet agent.

Qu'une uréthrite puisse se produire de cette façon, cela ne fait aucun doute. Le catarrhe vaginal est assez fréquent chez les femmes goutteuses.

Dans la diathèse goutteuse, tout le monde sait que toutes les muqueuses sont susceptibles d'inflammation; en d'autres termes, dans cette diathèse, il y a une augmentation de la susceptibilité des muqueuses, il y a de plus un irritant (l'acide urique) capable d'agir localement. Dans le cas cité par l'orateur il y avait une irritation évidente des parties externes. L'examen des urines a dénoté la présence d'une quantité appréciable d'acide urique donnant presque lieu à de la gravelle. Le docteur Kinnicutt cite plusieurs cas dans lesquels la leucorrhée fut abondante, mais de courte durée. D'après son expérience, la leucorrhée associée à la diathèse strumeuse persiste souvent des semaines et même des mois. Il émet quelques doutes sur l'efficacité d'un traitement local dans ce cas.

Le docteur Gibney dit que, chez ses malades, il n'a pas constaté la présence d'acide urique dans les urines.

Le docteur Samuel SEXTON a observé que, lorsque les malades atteints d'affections de l'oreille éprouvaient une exacerbation d'une maladie concomitante des organes génitaux, ils avaient une aggravation passagère des accidents auriculaires. Il croit qu'il y a là une action réflexe importante qui vient souvent compliquer le traitement.

Le docteur James B. HUNTER, en réponse à une question au sujet du traitement de cet écoulement chez les enfants, dit qu'il a généralement constaté que l'action d'un traitement constitutionnel et l'emploi de lavages des organes génitaux externes était suffisante. En dernier lieu, il recommanderait l'usage des injections.

Le docteur BEVERLEY-ROBINSON pense qu'il ne faut pas ajouter tant d'importance à la diathèse dans les cas présents. Un traitement local est généralement bien plus efficace. L'orateur énonce ce fait que les injections vaginales sont employées bien plus souvent en Europe, et surtout en France, comme moyen de propreté et il pense que, par suite, la leucorrhée est moins abondante que chez les femmes américaines. Dans le traitement de la vaginite, il émet l'idée que l'on retire des avantages plus grands des injections froides que de celles qui sont faites avec de l'eau chaude. Il se montre sceptique au sujet de l'action de l'acide urique dans la production de la leucorrhée. Il se pourrait qu'il n'y ait là qu'une coïncidence. Il y a aussi des irritations résultant de la présence d'une grande quantité de phosphates dans les urines.

Le docteur HUNTER dit qu'il n'est pas sûr que la leucorrhée soit plus fréquente en Amérique qu'en France. Il ne se sert pas d'injections froides; il les croit nuisibles, et il a pu en constater les mauvais effets. Il ajoute que dans les cas chroniques, il ne reconnaît pas de différence. Dans les cas aigus, l'écoulement épais et crêmeux de la vaginite spécifique permet souvent de les distinguer.

Le docteur C.-L. DANA prétend qu'on peut guérir la leucorrhée, même chronique, par un traitement constitutionnel. Il pense que l'examen local et les applications faites par le médecin ne doivent être employés qu'à la dernière extrémité, surtout chez les jeunes filles, ce qui n'a pas toujours lieu.

Le docteur HUNTER, en réponse à une question, dit que l'exercice du cheval, chez des personnes qui sont atteintes de leucorrhée même légère, est nuisible. Il a eu souvent l'occasion de le proscrire, et cela avec avantage. Le docteur Sims a dit, en manière d'aphorisme, que la femme ne devait pas monter à cheval.

Le docteur DANA pense qu'il faut distinguer les femmes qui montent bien à cheval de celles qui montent mal. Celles qui montent bien, et qui s'enlèvent sur leurs étriers suivant la mode actuelle, ne sont pas secouées. (*New-York med. Record*, juillet 1882.) — P.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDE COMPARATIVE SUR LES DIVERSES PEPTONES, LEUR PRÉPARATION ET LEUR EMPLOI.

Depuis quelques années, la Presse médicale française et les journaux étrangers s'occupent de la question des peptones de viande; aujourd'hui, tout le monde connaît ces produits.

La place importante qu'ils occupent maintenant dans la thérapeutique rend utile l'examen et la discussion de la valeur des procédés qui sont employés pour les obtenir. Le médecin pourra ainsi se rendre un compte exact de la qualité et de la puissance nutritive du produit dont il fait usage.

C'est dans ce but que nous résumons le *modus faciendi* des différentes peptones.

Peptone pepsique de Chapoteaut. — Elle est obtenue de la manière suivante :

50 kilogrammes de viande désossée et dégraissée, 1 kilog. 200 grammes de pepsine dissolvant 700 fois son poids de fibrine, 200 litres d'eau, 200 grammes d'acide sulfurique, sont maintenus à une température constante de 45 à 50 degrés pendant quatorze heures. Au bout de ce temps, la dissolution de la viande est complète.

La solution débarrassée d'acide, filtrée, évaporée rapidement à la plus basse température possible, donne 23 à 24 kilogrammes d'une solution sirupeuse, marquant environ 18 degrés au pèse-sirop à la température ambiante. Cette peptone sirupeuse qui contient 40 à 43 p. 100 de matière sèche, dont 30 à 35 pour 100 précipitable à l'alcool à 92° est COMPLÈTEMENT NEUTRE. Ce produit additionné d'un peu d'alcool pour en assurer la conservation, est ce que l'auteur appelle *conserve de peptone*; il marque 15 degrés au pèse-sirop à la température de 15 degrés centigrades, se prend en gelée au-dessous et se liquéfie à une températute plus

élevée. Son absolue neutralité ne saurait trop attirer l'attention du praticien, car les peptones acides doivent à ce caractère permanent d'être mal supportées par l'estomac, cause d'infériorité que vient de signaler M. le docteur Dujardin-Beaumetz, dans la séance du 25 octobre 1882 à la Société de thérapeutique. Elle contient d'ailleurs toutes les parties de la viande digérées et rendues assimilables, et le résidu salin laissé par sa calcination est formé seulement par les phosphates naturels contenus dans la viande qui lui a donné naissance.

Peptone chlorhydrique. — Elle est le résultat de l'action de la pepsine des raclures d'estomac sur la viande en présence de l'acide chlorhydrique, qui, saturé ensuite par le carbonate de soude, reste dans cette peptone à l'état de chlorure de sodium qu'on retrouve dans les cendres. Un kilogramme de viande donne 370 grammes de peptone à 18° et 220 grammes de résidu inattaqué. Cette peptone contient non-seulement la viande peptonisée, mais en outre le produit de la digestion des glandes pepsifères et de la partie fibreuse de l'estomac qui est enlevée en même temps que les raclures.

Peptone pancréatique. — Elle s'obtient par l'action des pancréas de porc sur la viande mélangée à des liqueurs aqueuses acidulées et exige des quantités considérables de pancréas dont le pouvoir digestif est faible et incomplet. Cette opération qui s'effectue à l'étuve, à la température de 30 ou 40°, s'accompagne d'une véritable décomposition et d'un dégagement de gaz sulfurés très nettement reconnaissables. Les pancréas, d'une conservation difficile, se peuplent rapidement de bactéries et communiquent aux produits qui en dérivent un goût désagréable, ainsi que l'a remarqué le docteur Joseph Michel. Pour le même motif, le docteur Daremberg a banni de ses prescriptions les peptones de cette origine. Leur composition est très variable et leur richesse en peptone sèche, oscille entre 13, 15 et 18 p. 100. Elles renferment, en outre, du glucose et de la glycérine qui en rendent impossible la dessiccation et l'analyse.

Nous devons mentionner également les peptones tartriques obtenues par l'action du ferment digestif sur la viande, en présence de l'acide tartrique qu'on retrouve sous forme de tartrate de potasse dans cette préparation.

Pour compléter ces indications, nous réunissons dans le tableau suivant les chiffres analytiques se rapportant à ces diverses peptones.

	PEPTONE SÈCHE obtenue par 15 parties d'alcool absolu.	ANALYSE des peptones sirupeuses.	COMPOSITION centésimale des peptones sèches.
Peptone type.	»	»	Carbone = 52.05 Hydrogène = 7.08 Azote = 17.04
Peptone Chapoteaut . .	26 à 28 °/o	Densité : 1.143 18° Baumé Azote : 5.34 °/o	C. = 46.20 H. = 6.50 Az. = 16.19 Cendres. = 8.04
Peptone chlorhydrique.	20 à 22 °/o	Densité : 1.150 19° Baumé Azote — 4 °/o	C. = 40.93 H. = 6 36 Az. = 13.18 Cendres. = 5.10
Peptone pancréatique. .	16 à 18 °/o	Densité , 1.108 14° Baumé Azote : 2.3 °/o	H } produit impossible C } à dessécher. Az. = 9.25
Peptone tartrique . . .	23 à 25 °/o	»	C. = 44.38 H. = 6.02 Az. = 13.45 Cendres. = 12.91

En résumé, la peptone chlorhydrique renferme à la fois la peptone de la viande et celle des glandes pepsigènes qui se sont digérées elles-mêmes, à partir du moment où elles cessent d'appartenir à l'organisme vivant. Les peptones pancréatiques, formées de viande digérée avec le pancréas sous l'influence du ferment contenu dans cette glande, ne sont pas d'une facile conservation.

Dans le procédé Chapoteaut, le ferment gastrique agit seul, comme cela se passe dans l'estomac; les peptones qui en résultent sont des peptones de viande uniquement obtenues avec une pepsine puissante étudiée par l'auteur, dont les récentes communications à l'Académie des sciences ont jeté un jour nouveau sur cette intéressante question. D'après ce travail, le suc gastrique se composerait de trois substances : une albumine ne dissolvant pas la

fibrine, une autre la dissolvant rapidement et en grande quantité, et un acide organique de nature encore indéterminée. Ces recherches sur la constitution du suc gastrique l'ont amené à l'étude des peptones et voici comment il s'est trouvé naturellement conduit à reproduire dans ses préparations l'œuvre même de la nature dans toute sa simplicité. C'est ainsi que la peptone Chapoteaut ne contient d'autres sels que les phosphates naturels de la viande digérée, tandis que les autres peptones contiennent des lactates, des chlorures ou des tartrates alcalins qui rendent ces préparations parfois difficiles à tolérer et leur communiquent des propriétés laxatives dont les inconvénients dans la phthisie, pour ne citer que ce cas de contre-indication, sont au moins inutiles sinon nuisibles.

Les formes pharmaceutiques qu'elle revêt répondent aux diverses indications que comporte son emploi; ainsi, la conserve de peptone, liquide brun, neutre, aromatique, de parfaite conservation, représentant par cuillerée à café, plus du double de son poids de viande, s'administre dans du bouillon, du sirop ou bien avec un peu de sucre et sous forme de lavements alimentaires.

La poudre de peptone que prépare M. Chapoteaut est entièrement soluble dans l'eau, le bouillon ou le vin, et représente de 20 à 22 grammes de viande de bœuf, digérée et assimilable. Elle est obtenue par l'évaporation à la vapeur du produit précédent; elle contient 16 0/0 d'azote, tandis que les autres préparations de ce genre ne donnent à l'analyse que 10 à 13 0/0. Elle se conserve indéfiniment en flacons bien bouchés.

Pour les femmes, les enfants, les vieillards, le vin de peptone de Chapoteaut représente l'aliment liquide sous une forme facilement acceptable; c'est une dissolution de peptone pepsique pure dans un vin de Xérès, dont la conservation est parfaitement assurée. La peptone, si riche en azote, conserve ainsi toutes les propriétés nutritives de ce vin. Chaque verre à Bordeaux contenant dix grammes de viande de bœuf, la dose ordinaire est de 1 à 2 verres à la fin des repas; ce vin favorise la digestion et agit comme stimulant diffusible.

Ainsi, quelle que soit la forme pharmaceutique que revête la peptone de viande, son utilité dans un grand nombre de maladies n'est plus à démontrer, et elle soutient souvent, à son avantage, la comparaison avec la viande en poudre et le lait, dont l'emploi présente plus d'un inconvénient; nous n'en voulons pour preuve que la récente communication du docteur Férus à la Société de thérapeutique; ce praticien distingué a pu constater qu'à l'hôpital maritime de Brest, dans le traitement de la diarrhée de la Cochinchine, les malades alimentés par lui avec les peptones ont guéri plus rapidement que ceux qui ont été soumis à la diète lactée; le régime lacté, dit l'auteur, « présente l'inconvénient d'être mal toléré par certains malades et de leur inspirer un dégoût insurmontable; les peptones, au contraire, sont toujours parfaitement supportées et entièrement assimilables. On donne 3 à 6 cuillerées à soupe de solution de peptone, ou de 5 à 6 cuillerées à café de peptone en poudre dans du lait et du bouillon.

DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE LA CRÉOSOTE DE HÊTRE ASSOCIÉE AU BAUME DE TOLU ET AU GOUDRON DE NORWÈGE.

La Créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène, son nom vient de κρέας chair, et σώζω je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action certaine qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi.

Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le Baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Le Baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse.

Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de Baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulosorum lentâ phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthises), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et*

exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantùm in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.

La réputation du baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux, pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le Goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de Créosote pure de hêtre;
7 1/2 — de Goudron purifié de Norwège;
7 1/2 — de Baume de Tolu.

Ces capsules, appelées *Gouttes Livoniennes*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les gouttes livoniennes auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

Dr E. LASNIÉE.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'élongation des nerfs dans le traitement de la paralysie infantile, par le docteur R.-M. SIMON. — Le malade du docteur Simon était un jeune enfant, atteint depuis trois ans de paralysie infantile, contre laquelle on faisait inutilement usage de l'électricité. Cette paralysie siégeait sur les muscles de la cuisse droite, et sur le tibial antérieur, le court extenseur des orteils, et surtout le long extenseur des orteils. On pratiqua l'élongation du nerf sciatique, et deux mois plus tard on pouvait constater que la circonférence de la cuisse et de la jambe droites était augmentée d'un quart de pouce. Cette augmentation du volume des masses vasculaires devint de plus en plus manifeste pendant les mois suivants. (*Brit. med. journal*, 25 février 1882.)

Nouveaux cas de maladie des roseaux, par M. le docteur BALTUS. — La maladie dite des roseaux, qui est due au *sporotrichum dermatodes*, est particulière aux canniciers, ouvriers qui tressent les roseaux, pour en faire une sorte de feutrage employé à divers usages. Elle est caractérisée par les symptômes suivants : coryza, toux, troubles gastro-intestinaux, exanthème généralisé ; symptômes dont la violence peut causer la mort. Les animaux eux-mêmes ne sont pas exempts de ces graves accidents, qui seraient le résultat d'une intoxication par un cryptogame vénéneux, produit pendant la putréfaction des roseaux. Pour prévenir ces accidents il suffit, d'après l'auteur, d'humecter les roseaux avant leur emploi. (*Journal des Sciences méd. de Lille*, 5 mai 1882, p. 289.)

Convulsions épileptiformes consécutives à la ligature de l'artère carotide, par le docteur J. ASHHURST (de Philadelphie). — A la suite d'une blessure par un coup de poignard dans la région du cou, une hémorrhagie secondaire se déclarait chez un homme encore jeune, et fut combattue par la ligature de l'artère carotide primitive gauche.

La ligature tomba au bout de six semaines et la guérison paraissait complète quelques temps après. En janvier, mars et avril 1881, se déclarent des attaques épileptiformes, consistant dans la perte de connaissance, des mouvements convulsifs des bras et des jambes, et l'état stertoreux de la respiration. Ces attaques avaient donc débuté six mois seulement après l'opération. On ne peut donc les attribuer à l'anémie cérébrale subite que produit la ligature,

et on doit plutôt les considérer comme le résultat de modifications permanentes dans l'état du cerveau, se manifestant par des troubles nerveux périphériques, quand le malade est soumis à une cause d'excitation. (*The medical Record*, p. 233, 4 mars 1882.)

Résultats statistiques de l'opération de l'empyème, par M. le docteur MOUTARD-MARTIN. — La note de M. Moutard-Martin est un résumé de l'histoire clinique de la pleurésie purulente. Cette pleurésie est suraiguë d'emblée, ou bien consécutive à une pleurésie séreuse, avant ou après la thoracentèse. Dans la forme suraiguë, caractérisée par l'acuité des accidents (point de côté, fièvre, anxiété), l'opération doit être pratiquée sans retard et répétée après la reproduction du pus.

Quant la pleurésie purulente est consécutive à une pleurésie séreuse, on doit employer la méthode des ponctions successives. Mais si la ponction donne écoulement à du pus, si le liquide purulent se reproduit rapidement, si enfin l'état général devient plus grave après la thoracentèse, il faut pratiquer l'empyème.

Sur 37 opérations, on a obtenu 28 guérisons. Les succès n'ont pas été moins nombreux dans les pleurésies purulentes ouvertes dans les bronches avec ou sans pneumothorax tuberculeux et dans la pleurésie tuberculeuse. Sur un total général de 84 opérations, on doit retrancher 7 opérations chez des phthisiques, c'est-à-dire dans 77 cas, on a obtenu 57 guérisons et 20 morts, proportion assurément favorable. Avec les pansements antiseptiques et le perfectionnement des méthodes opératoires, on est en droit de compter, dans l'avenir, sur des résultats encore plus heureux. (*Bulletin de thérap.*, 28 février 1882, p. 137.)

Intoxication par le lait contenant des matières septiques, par le docteur CAMERON. — Trois enfants ayant été atteints d'accidents typhiques dans une famille composée de sept personnes, le docteur Cameron constata que ces enfants avaient ingéré, deux jours auparavant, du lait provenant de vaches qui avaient été traites malproprement. Le lait avait été contaminé par le fumier.

Après la montée de la crème, on put remarquer que celle-ci présentait une coloration brunâtre et qu'elle contenait, avec des débris de paille et de matières organiques, des vibrions et des corps bactéroïdes.

Les symptômes de la maladie étaient ceux de l'infection typhoïde au début : hyperthermie, roubles gastriques, fièvre, etc. (*The Dublin journ. of med. sciences*, février 1882.)

Epanchement pleural abondant sans diminution du retentissement vocal. — Bronchophonie étendue dans les cas d'épanchement pleural, par le docteur A. FLINT. — On connaît l'importance diagnostique du retentissement de la voix dans les épanchements pleuraux. Cependant il est des cas rares, il est vrai, dans lesquels ce signe fait défaut. Le docteur Flint a observé un fait de ce genre dans lequel il existait une large pleurésie séreuse du côté droit, caractérisée par une matité étendue et dont la nature fut reconnue par une ponction exploratrice.

Dans les régions sous-scapulaire et sous-claviculaire de ce côté, la bronchophonie était manifeste ainsi que la respiration bronchique. Le murmure respiratoire faisait défaut et cependant la résonnance vocale était aussi marquée que du côté gauche.

On sait que le docteur Baccelli a voulu faire reposer le diagnostic de la nature de l'épanchement sur l'existence ou l'absence de ce signe. D'après ce médecin, les vibrations vocales seraient toujours transmises quand le liquide serait séreux, mais cette résonnance ferait défaut quand l'épanchement serait purulent. Le phénomène décrit sous le nom de *pectoriloquie aphone* existait donc dans l'observation actuelle, dans laquelle la nature séreuse du liquide a été reconnue par la ponction. En tout cas, comme le fait remarquer le docteur Flint, la ponction exploratrice, qui généralement est sans inconvénient, est un moyen préférable pour reconnaître la nature de l'épanchement. (*The American journ. of med. sciences*, avril 1882.) — L. D.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA CAFÉINE.

I. DES PROPRIÉTÉS DIURÉTIQUES DU CITRATE DE CAFÉINE, par BRAKENRIDGE. (*Soc. méd. chir d'Edimbourg*, 1er juin 1881.)

II. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA CAFÉINE, par Fernand GIRAUD. (Thèse inaugurale de 52 pages, Lyon, année 1881.)

I. — Voici deux travaux dont nous venons d'avoir connaissance, à la suite de recherches

que nous faisons sur la caféine. Ils confirment tous deux d'une façon si éclatante nos récentes conclusions, que nous ne pouvons résister au désir de les signaler à l'attention des praticiens. Brakenridge rappelle qu'en janvier 1879, Lewis Shapter a insisté, avec le docteur Leech, sur les propriétés diurétiques du citrate de caféine dans les hydropisies cardiaques; il affirme que, dans la plupart des néphrites, la caféine n'a pas d'action. Il est d'avis que dans les maladies du cœur, il faut employer la digitale durant quelques jours avant d'avoir recours à la caféine, dont il est nécessaire d'élever la dose quotidienne jusqu'à 3 grammes. Mais dans les grandes ascites, il faut en faire usage seulement après l'évacuation du liquide qui comprime les uretères et gêne la circulation rénale.

II. — La thèse de M. Giraud a été écrite sous l'inspiration du professeur R. Lépine, de Lyon. Elle nous paraît fort intéressante par les conclusions qui confirment en grande partie nos recherches sur l' emploi de la caféine dans les maladies de cœur (voir UNION MÉDICALE des 14 et 16 septembre 1882). L'auteur étudie d'abord l'action physiologique de la caféine sur le système nerveux et l'appareil locomoteur, sur le cœur et la circulation, sur la sécrétion urinaire, sur l'appareil digestif.

Les effets sur le système nerveux et l'appareil de locomotion se traduisent par l'excitation de la pensée, une vivacité plus grande de l'imagination, et aussi par une insomnie, d'une nature spéciale. Parfois l'excitation intellectuelle s'accompagne d'une céphalalgie assez vive. A faibles doses, le café et la caféine produisent une certaine excitation de l'appareil musculaire (Méplain) donnant lieu à quelques frémissement musculaires, quelques spasmes fibrillaires qui affectent de préférence les membres inférieurs et les fléchisseurs des doigts. A doses toxiques, d'après Albert, de Bonn (Thèse de Bonn, 1878), elle déterminerait des effets tétaniques « plus marqués que ceux produit par la strychnine. « La caféine agit-elle en paralysant la moelle (Sthulmann) ou au contraire en l'excitant? (Bennett, *Journ. méd. d'Edimbourg*, 1873); la réponse est encore douteuse.

L'action de la caféine sur le cœur et la circulation est diversement interprétée par les auteurs. Pour les uns, elle accélère, pour les autres elle ralentit les mouvements cardiaques. En tous cas, elle augmente certainement la tension artérielle, et il résulte des expériences de Leven et Bennett, que la caféine commence d'abord par augmenter le nombre des battements du cœur, et qu'elle les ralentit au contraire dans une seconde phase de son action. Bennett a toujours observé une contraction, puis une dilatation des capillaires avec stase sanguine, indiquant par là la contraction, puis la paralysie des vaso-moteurs.

La caféine, pour Rabuteau et Méplain, n'aurait pas d'action sur la diurèse. D'après la plupart des auteurs au contraire (Bœcker, Trousseau, Bouchardat, Botkin, Jaccoud) elle serait puissamment diurétique, et Gubler n'hésite pas à la regarder comme un « diurétique idéal » parce qu'elle constitue « un médicament aussi efficace qu'inoffensif. »

Enfin, d'après quelques expériences de l'auteur, la caféine détermine, à dose thérapeutique : la diminution de fréquence du pouls, l'augmentation de la tension artérielle, de la sécrétion urinaire, mais elle n'a aucune influence sur la formation et l'excrétion de l'urée à dose toxique, elle porte son action sur les cordons postérieurs de la moelle qu'elle paralyse, produit des convulsions cloniques et des spasmes tétaniques, accélère, puis ralentit la respiration et la circulation par épuisement nerveux, diminue la pression sanguine et paralyse les vasomoteurs.

D'après nous, d'autres recherches ou expériences sont encore nécessaires pour élucider l'action physiologique de cet agent, mais les sept observations (toutes recueillies dans le service de M. Lépine) sur lesquelles s'appuie ce travail, démontrent comme nous l'avons bien constaté nous-même, que la caféine peut rendre de grands services dans le traitement des maladies du cœur arrivées à la dernière période. Ainsi, dans la première observation, l'emploi de la digitale à la dose de 0,40 centigrammes s'est manifesté par une aggravation de l'état cardiaque et aussi par des symptômes d'intolérance, tandis que la caféine, à la dose de 0,30 et 0,50 centigrammes, a fait disparaître rapidement l'œdème, tout en augmentant la tension artérielle, et en diminuant le nombre des pulsations. A la dose de 1 gramme, il y a eu de l'intolérance qui s'est manifestée par de la céphalalgie et des vomissements, mais non par des symptômes cardiaques.

Dans la troisième observation (rétrécissement et insuffisance mitrale, insuffisance tricuspidienne), l'action énergique de la caféine s'est également traduite par la disparition des palpitations, de la dyspnée et de l'œdème, par la régularisation et le ralentissement des mouvements cardiaques, etc.

L'observation VI (insuffisance tricuspide, athérome de la mitrale) est également très concluante.

Pour terminer, l'auteur donne le conseil d'administrer le médicament à dose fractionnée, à

cause de la rapidité de son absorption, et de « se baser pour la quantité totale journalière, qu'il est parfois nécessaire de porter à plus de 1 gramme, sur les effets produits, en commençant par une dose au moins de 10 ou 20 centigrammes. »

Cette thèse, dont l'importance est encore rehaussée par les recherches d'un clinicien tel que M. R. Lépine, confirme une fois de plus, avec les observations de Gubler, Botkin, Lewis Shapter, Leech, Brakenridge, Milliken, les principales conclusions de notre travail et appelle de plus en plus l'attention des praticiens sur l'emploi de la caféine dans les maladies du cœur. Il ne s'agit pas, je le répète encore, d'un agent infaillible, mais d'un médicament qui, bien manié, donné à des doses suffisantes et progressives, peut rendre les plus grands services lorsque la digitale a perdu son action.

Nous avons même expérimenté la caféine en injections hypodermiques, suivant la formule proposée par Tanret (salicylate double de caféine et de soude, ou benzoate de caféine), et nous en avons obtenu de bons résultats dans le traitement de la fièvre typhoïde, où elles peuvent avantageusement remplacer les injections sous-cutanées d'éther contre l'état adynamique. Nous les recommandons aussi dans les formes rénales de la maladie.

Henri Huchard.

COURRIER

Station sanitaire algérienne du Dr E. Landowski. — Nos lecteurs n'ont pas oublié la triste nouvelle qui nous est arrivée dernièrement de Mustapha-supérieur. Mme Landowska venait de succomber en quelques jours à une congestion pulmonaire amenée par une suppression brusque des règles. Son mari, qui l'adorait, fut tellement frappé de ce malheur, que le jour même de l'enterrement il se mit au lit avec des phénomènes cardiaques très intenses, et huit jours après il mourut à son tour.

La station sanitaire de Mustapha-supérieur prospérait sous l'habile direction de notre malheureux confrère ; il y avait mis toute sa fortune, et il y consacrait toute son activité. Son frère, le docteur Paul Landowski, en a pris la direction. Oubliant les intérêts qui le retiennent à Paris, notre ami a dû voler au secours des six orphelins dont il est maintenant le père.

La station sanitaire fonctionne aujourd'hui comme par le passé, entre les mains du docteur Paul Landowski. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur le caractère accidentel des maladies aiguës qui ont enlevé notre confrère et sa femme, et que la malveillance pourrait seule dénaturer pour faire croire à quelque influence épidémique, et jeter ainsi la défaveur sur une entreprise digne de tous les encouragements.

— Nous venons d'apprendre avec plaisir qu'à l'Exposition de Bordeaux une médaille d'or a

été accordée à M. L. Le Beuf, de Bayonne, pour l'excellence de ses préparations si connues : *Emulsion de Goudron, coaltar saponiné*, etc.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Alban de la Garde, suppléant, est chargé du cours d'hygiène et de thérapeutique, en remplacement de M. Robert, appelé à d'autres fonctions.

M. Robert, professeur de thérapeutique et d'hygiène, est transféré sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Chedevergne, appelé à d'autres fonctions.

M. Chedevergne, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Guérineau, décédé.

Mutations. — Par décision ministérielle en date du 23 novembre 1882, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux militaires :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Descours, Lacronique, Hassler et Roussy passent du Val-de-Grâce au Gros-Caillou : M. Clément passe de Chambéry à la division d'Alger ; M. de Voisins, de Bayonne à Toulouse ; M. Lejeune, de Nancy à la division d'Alger ; M. Guerard, du camp de Châlons à la division de Constantine ; M. Spite, de Nancy à la division d'Oran ; M. Tavenaux, du camp de Châlons à Sedan ; M. Beylier, de Bordeaux à la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : De Schuttelaere, Lamereux, Ducros, Midon, Guégan, Duveau, Mary, Prieur, Courtois, Hurstel, Goumy, Joly, Hublé et Ferra passent au corps d'occupation en Tunisie.

Télégraphe aérien lumineux. — Une expérience intéressante a été faite à Paris par M. Mangin, membre de l'Académie d'aérostation. Un petit ballon, d'environ 100 pieds cubes a été gonflé d'hydrogène pur et maintenu captif au moyen d'un câble renfermant deux fils de cuivre. Une lampe à incandescence de Swan avait été placée dans le petit ballon et mise en connexion avec les fils. Toutes les fois que le courant passait le petit ballon devenait lumineux par transparence, ou plutôt translucidité.

On pense pouvoir utiliser ce système pour la télégraphie militaire optique à grande distance.

Le commerce de l'opium. — Le consul général de France à Shanghaï, M. Garnier, fournit d'intéressants renseignements sur le commerce de l'opium en Chine.

L'opium représentait, comme valeur, en 1880, les deux cinquièmes du total des importations étrangères dans les *treaty ports* : 234 millions de francs sur 574 ou 40 0/0 ; mais, indépendamment des quantités de ce produit importées dans les ports ouverts au commerce étranger, les jonques chinoises venant de Hong-Kong en introduisent dans les ports encore fermés environ 25,000 piculs valant en chiffres ronds, 81 millions de francs, ce qui porte à 315 millions de francs la valeur de l'opium étranger consommé en 1880 par la population du Céleste-Empire.

Pendant les dix dernières années, l'introduction générale de l'opium en Chine a augmenté de 13.50 pour cent, et l'importation de cet article dans les *treaty ports* pendant la même période s'est accrue dans la proportion de 43.50 pour cent. Cet accroissement considérable s'explique par ce fait que durant cet intervalle de dix ans, plusieurs des ports du littoral chinois dont l'accès etait interdit aux navires étrangers leur ont été ouverts.

L'opium consommé en Chine provient de trois sources principales : de Malwa, dans la présidence de Bombay, de Patna et de Bénarès, dans la présidence du Bengale. A Malwa, la culture du pavot et la fabrication de l'opium sont libres ; à Patna et à Bénarès, culture et fabrication sont surveillées par le gouvernement de la province, qui exerce sur ce produit un véritable monopole.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

PATHOLOGIE INTERNE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA VARIOLE HÉMORRHAGIQUE (1),

Par le docteur L.-H. PETIT,

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

Pathogénie de la variole hémorrhagique. — Tout d'abord, il nous a semblé que l'opinion des auteurs qui attribuaient toutes les altérations viscérales à toutes les varioles graves, même celles qui amènent la mort en trois ou quatre jours, que cette opinion, disons-nous, pêchait par la base.

Mettant en pratique le fameux axiome *Post hoc ergô propter hoc*, qui pourtant est loin d'être toujours exact, on a dit : « Nous avons trouvé, à l'autopsie des sujets morts de variole hémorrhagique, les viscères gras ; donc, le poison variolique jouit de la propriété fâcheuse de désorganiser rapidement les viscères et de transformer leurs éléments en graisse. »

Et on a appliqué le même raisonnement aux diverses varioles graves, à la fièvre jaune, au typhus, aux empoisonnements par le phosphore, l'arsenic, etc., qui tous passent pour produire presque à vue d'œil la dégénérescence graisseuse des viscères.

On peut faire à ce raisonnement plusieurs objections.

D'abord, si les lésions viscérales étaient le fait des varioles graves, ces lésions devraient se rencontrer à l'autopsie de tous les sujets morts de ces affections. Or il n'en est pas ainsi ; donc elles ont une autre cause, et il est permis de penser qu'elles avaient précédé la variole et qu'elles sont indépendantes de celle-ci.

(1) Suite. — Voir l'UNION MÉDICALE du 30 novembre.

FEUILLETON

HISTOIRE DE GALIEN,

SA VIE, SON SYSTÈME MÉDICAL, SES ŒUVRES ; SON DERNIER TRADUCTEUR CHARLES DAREMBERG.

III

SYSTÈME MÉDICAL ET ŒUVRES DE GALIEN.

Je vais actuellement rechercher et préciser les travaux de Galien. Les livres galéniques ont été le point culminant, le résumé de la médecine grecque. Le médecin de Pergame a tout englobé, absorbé, il a condensé tous les systèmes pour fonder le sien. Après lui sont venus une longue suite de temps presque stériles, des compilateurs et traducteurs, les Arabes, puis l'école de Salerne, jusqu'à la Renaissance.

Examinons d'abord la doctrine, le dogme galénique. C'est le côté sombre d'une grande figure, le revers de la médaille ; c'est de là, cependant, qu'est venue la domination de Galien. Tant il est vrai, je vous l'ai déjà dit, que les défauts plutôt que les qualités frappent la foule et fondent trop souvent la réputation, jusqu'à ce qu'un examen impartial arrivant tôt ou tard rétablisse les choses et fasse justice.

Galien a voulu être le législateur médical à la manière d'Aristote qui avait classé, réglé toutes les connaissances humaines.

Le système médical de Galien admet le raisonnement et l'expérience ; tous les deux sont

Ensuite, pour pouvoir affirmer que ces affections ou intoxications avaient causé les altérations viscérales constatées à l'autopsie, il aurait fallu s'assurer qu'elles n'existaient pas au moment où le sujet a été intoxiqué. Or cette vérification préalable n'a jamais été faite; jamais on n'a examiné directement, *de visu*, avant la maladie, les organes trouvés altérés à l'autopsie, et les signes rationnels de ces altérations ne sont guère certains; jamais même, pour la variole hémorrhagique en particulier, on n'a recherché si les reins et le foie étaient malades ou sains, quand le sujet a été soumis à l'observation, sauf les cas dans lesquels il était atteint d'une maladie de ces organes au moment où il fut pris de variole, et c'est à peine si dans quelques cas les antécédents sont signalés.

Je ne m'explique pas bien d'ailleurs comment le poison variolique, ou tout autre poison, peut rendre gras, en deux ou trois jours, un organe volumineux comme le cœur, le foie ou le rein. Car la variole hémorrhagique amène la mort dans ce court laps de temps, et souvent même avant l'apparition des pustules.

Il eut été bon, croyons-nous, comme nous l'avons déjà dit à propos du travail de M. Quinquaud, de faire une distinction dans les lésions trouvées à l'autopsie. Il en est qui certainement étaient récentes, ce sont les hémorrhagies interstitielles des viscères, les congestions et les inflammations aiguës du poumon, de la plèvre, du cœur, du péricarde, etc. Mais les diverses dégénérescences, stéatose, sclérose, etc., devaient être plus anciennes, et avoir précédé l'invasion de la variole.

On sait, en effet, que la dégénérescence graisseuse des viscères, comme les dégénérescence amyloïde et scléreuse, est le résultat d'affections chroniques diverses, en tête desquelles se rangent les états constitutionnels arrivés à la période de cachexie : tuberculose, scrofule, avec ou sans suppuration des os et des ganglions, rhumatisme, avec manifestations aiguës plus ou moins répétées; syphilis, paludisme, alcoolisme (auquel on peut joindre l'alimentation habituelle par les corps gras); puis viennent deux états dits extra-physiologiques, la grossesse avec la parturition et la vieillesse.

On peut admettre encore, par analogie, que l'état général créé par le jeûne forcé chez certains pauvres, joint à de mauvaises conditions d'hygiène, d'habitation, de moral, agisse de la même façon que les états précédents en débilitant l'organisme et en amenant à la longue une véritable cachexie.

On peut faire la même concession pour les maladies aiguës de longue durée : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, érysipèle, pneumonie, cardite, métrite, etc.

---

nécessaires. L'art a une méthode coordonnant les principes généraux et l'observation des détails. Les principes sont indispensables pour la pratique, sans eux elle devient routine; la pratique, à son tour, vérifie les principes; sans elle, ce sont des hypothèses.

Tout cela vous semble logique et parfait. Mais dans quel ordre l'expérience et le raisonnement doivent-ils fonder la science et l'art? Galien ne le formule pas, mais de suite, il délaisse les faits; il veut faire la médecine à l'avance, il la déduit de la physiologie, la physiologie de la physique et cette dernière de la philosophie. Vous voyez immédiatement quelle marche hasardeuse et hypothétique il adopte résolument.

Je réclame de plus en plus votre attention pour l'exposé du système galénique.

Le corps humain est composé d'éléments, l'élément irréductible est d'une telle petitesse qu'il se dérobe à l'investigation des sens et comme il est simple, il échappe à la raison. Donc, nous n'avons prise que sur les éléments tangibles qui sont le feu, l'air, l'eau et la terre. Chacun de ces éléments a une qualité corrélative qui lui est propre : chaleur, froid, humidité et sécheresse. Ces qualités sont nécessaires et premières comme les éléments eux-mêmes, mais elles n'existent jamais pures dans les corps, résultant moins de l'agrégat des éléments que de leur mélange, et de là résultent les qualités composées ou secondes.

Le mélange, la mixtion intime des éléments constitue le tempérament propre de chacun et toute particule du corps est distincte de toute autre. Telle particule est plus chaude, telle autre plus froide, telle autre plus humide, telle autre plus sèche; d'où le chaud sec, le chaud humide, le froid sec, le froid humide, etc. Donc, autant de tempéraments des corps qu'il y a de combinaisons possibles des quatre qualités primitives ou premières.

Ces diverses affections n'ont pas toutefois un mode d'action identique.

Les affections constitutionnelles cachectiques agissent en créant un état général morbide caractérisé par des dégénérescences durables des viscères, des vaisseaux et du sang. Quant aux affections aiguës, elles peuvent agir de deux manières ; ou bien en laissant après elles des altérations permanentes des viscères, et alors elles peuvent exercer pendant longtemps leur influence nocive, à la manière des états constitutionnels ; ou bien les organes qu'elles ont d'abord affectés recouvrent leur intégrité au bout d'un certain temps, comme dans les pneumonies terminées par résolution, et alors cette influence nocive ne dure que pendant la période de convalescence, pour disparaître au bout d'un temps plus ou moins long, alors que l'altération du sang déterminée par l'affection aiguë n'existe plus.

Or, nous avons retrouvé précisément la mention de toutes ces causes dans les antécédents des malades atteints de variole hémorrhagique, dont les observations ont été prises avec soin. Nous devons même ajouter que nous n'avons pas choisi ces observations à dessein, à l'exclusion d'autres qui auraient été contraires à nos opinions. Chaque fois que dans nos recherches nous avons parcouru une observation de variole hémorrhagique, renfermant des détails suffisants touchant les antécédents ou l'autopsie, nous avons toujours trouvé, soit dans les antécédents, une affection capable de déterminer un mauvais état général durable de l'individu (alcoolisme, mal de Bright, fièvres diverses, érysipèle, paludisme, tuberculose, scrofule, grossesse, etc.) soit à l'autopsie une affection organique évidemment antérieure à la variole (néphrite calculeuse, kystes du rein, affection chronique de l'utérus et des ovaires, etc.)

Tous ces états morbides agissant de différentes façons arrivent au même but, l'altération des humeurs et l'altération des organes essentiels à la vie ; peu importe d'ailleurs que l'une des deux ait précédé l'autre. Ajoutons à cela l'altération de l'appareil chargé de transporter le sang aux diverses parties du corps (artérite chronique, athérome artériel chez les rhumatisants et les alcooliques), et toute l'anatomie pathologique des états morbides chroniques ou de longue durée sera énumérée. Mais nous ne pouvons admettre que ces altérations, qui sont le résultat d'états morbides durant des mois et des années, puissent se produire en trois ou quatre jours.

Toutefois, s'il restait quelque doute sur la signification des dégénérescences graisseuses trouvées à l'autopsie, il n'en pourrait être de même du mal de Bright antérieur à la variole, ni de la tuberculose pulmonaire, ni des calculs du rein, ni des

---

Le corps offre trois degrés de composition : les parties similaires, les parties instrumentales ou organes, et le corps entier.

Outre les éléments, il y a quatre humeurs : sang, pituite, bile jaune et bile noire. Le sang est chaud et humide, la pituite froide et humide, la bile chaude et sèche, la bile noire ou atrabile froide et sèche. Les trois dernières humeurs proviennent du sang, le sang vient de l'aliment.

L'estomac, comme toute partie instrumentale, a quatre facultés naturelles : attractive, rétentrice, altérante et excrétrice. C'est par ces facultés que s'opèrent les transformations, les sécrétions et les excrétions.

Les esprits sont le principe moteur du corps. Ils diffèrent de l'air, mais en proviennent. Dans le foie, organe préparateur du sang, l'esprit se sépare du fluide en vapeurs subtiles ou esprits naturels qui, transportés au cœur, se mêlent à l'air introduit par la respiration et forment des esprits vitaux ; dans le cerveau, ils deviennent esprits animaux.

La santé est cet état du corps dans lequel il n'y a point de douleur et où les fonctions s'exécutent sans difficultés ; elle résulte d'une température moyenne des éléments et d'une convenance ou symétrie des parties. Elle suppose une composition convenable des humeurs, une action bien réglée des esprits. Les parties similaires sont à un degré proportionné de chaud, de froid, d'humide et de sec.

La maladie est une disposition, ou une affection contre nature des parties du corps, qui empêche leur action. Il faut distinguer l'altération même du corps et l'affection ; celle-ci est une modification de l'action. Dans toute affection contre nature, on peut tout rapporter à quatre chefs : la fonction viciée, la cause prochaine qui l'a immédiatement viciée, les causes précédant l'affection, les symptômes qui la suivent.

kystes de cet organe, etc. La variole, mortelle en quelques jours, n'a pu évidemment engendrer ces affections, et celles-ci, existant avant elle, ont dû influencer fâcheusement sa marche et sa terminaison.

Il est également probable que les altérations graisseuses trouvées à l'autopsie ont subi dans une certaine mesure l'influence de la variole; celles-ci a pu les aggraver, comme nous l'avons dit plus haut, mais elles existaient d'avance. M. Quinquaud a d'ailleurs reconnu le fait.

Nous ferons la même réserve pour l'état des humeurs. En effet, cette altération chez les varioleux n'est pas davantage causée tout entière par la variole. Elle se compose de deux facteurs : une altération antérieure due à la maladie primitive, et une altération secondaire due à l'introduction du virus variolique dans l'économie.

Il en résulte que plusieurs éléments s'ajoutent pour la production des varioles graves; une altération antérieure de l'organisme, humeurs, tissus et système vasculaire, et une altération récente due au virus. Dès lors la variole se manifeste par des hémorrhagies multiples ou une suppuration abondante, les premières grâce à la rupture des capillaires, et les secondes par prolifération exagérée et issue des globules blancs; les deux processus se produisant d'ailleurs indifféremment dans les pustules varioliques, dans le tissu cellulaire, à la surface des séreuses, etc.

Si la superposition de l'altération nouvelle et de l'altération ancienne n'est guère appréciable dans le sang, il n'en est pas de même pour les viscères. M. Quinquand l'a déjà indiquée pour le foie et pour le rein, mais en se bornant à la dégénérescence graisseuse. Celle-ci, comme nous l'avons déjà dit, nous paraît plutôt ancienne; alors les capillaires sanguins, atteints eux-mêmes parfois d'athérome (chez les alcooliques et les rhumatisants par exemple), n'étant plus soutenus par un tissu sain lorsque survient une augmentation de pression dans le système artériel par suite de la fièvre, se rompent et donnent lieu à ces hémorrhagies interstitielles, à ces ecchymoses sous-péritonéales qu'on a constatées dans le foie et les reins, aux hémoptysies, aux hématuries qu'on a signalées dans les varioles confluentes ou hémorrhagiques. Nous pouvons citer plusieurs cas de coïncidence des lésions anciennes avec les lésions récentes.

Obs. I. (Obs. III de M. Gachon, p. 23). — Sujet mort le douzième jour, trois jours après l'apparition de l'éruption. Autopsie. Lésions anciennes : foie gras, reins très gras; lésions

---

J'abrège et je me contente de vous dire : les symptômes sont des affections contre nature, dépendant de la maladie et la suivant comme l'ombre suit le corps. Les excrétions critiques diffèrent des symptômes en ce qu'elles résultent des efforts de la nature, tandis que les symptômes résultent de la maladie.

Les signes des maladies sont diagnostiques ou prognostiques, les signes diagnostiques sont pathognomoniques ou adjoints.

L'examen du pouls est de la plus grande importance pour le diagnostic et le prognostic des maladies.

Le premier principe du traitement des maladies est de seconder la nature et de les combattre par leurs contraires.

Galien range les remèdes en catégories, selon le degré de leur puissance. Les qualités des médicaments sont réparties en quatre classes d'énergie décroissante, ainsi le poivre est chaud au quatrième degré, la cannelle au troisième, etc. S'il y a excès de qualité dans une substance, on la tempère par une autre. L'art de composer les médicaments est fondé sur ces bases. Vous apercevez de suite la porte ouverte sur une polypharmacie compliquée et fastueuse.

Par cet aperçu rapide et sommaire de la doctrine galénique, vous jugerez le système savamment élaboré, vaste, relié dans toutes ses parties, conséquent avec lui-même. Il est rempli de sorte de casiers où sont rangées les maladies avec des casiers correspondants pour tous les remèdes à y apporter. Le fond du système rappelle Hippocrate, la forme est empruntée à Aristote.

Disons-le nettement, ce système qui a eu la gloire la plus éclatante a été funeste aux pro-

récentes : péricardite hémorrhagique, hémorrhagie dans les bassinets des reins; poumons très congestionnés.

Les observations I et XI de la même thèse, dans lesquelles se trouvent des lésions identiques, seront rapportées plus loin.

OBS. II. (Obs. I de la thèse de M. Barthélemy, p. 211). — Femme de 26 ans, pas d'antécédents rapportés, mort de variole cohérente hémorrhagique. Lésions anciennes : foie et reins gras; lésions récentes : péricardite, endartérite, eudocardite végétante.

(La suite à un prochain numéro.)

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

DE LA FÉCONDATION [1].

Fusion de l'élément mâle et de l'elément femelle — Grâce aux recherches de trois observateurs arrivés isolément aux mêmes résultats sans avoir eu connaissance de leurs découvertes respectives, nous savons maintenant comment s'opère le phénomène intime de l'imprégnation. On a vu le spermatozoïde pénétrer dans l'ovule et s'y dissocier pour s'unir à l'élément femelle.

Rappelons que l'œuf, au moment où il s'échappe du follicule de Graaf est un organisme vivant, en voie de développement; mais ce développement avorte dans un court espace de temps, chez les animaux supérieurs, à moins qu'à un moment donné le spermatozoïde ne vienne lui donner l'impulsion nécessaire pour que l'évolution se complète. Suivant les idées de M. Balbiani, nous avons rattaché ces premiers phénomènes à la *préfécondation*, et nous les avons appelés *essai de parthénogenèse.* Pour les darwinistes, ils témoignent, en effet, d'une descendance de formes ancestrales à organisation inférieure, L'hypothèse de M. Balbiani n'est pas admise de tous les savants et les théories de Darwin sont fort discutables; mais qu'importe? L'intelligence ne peut se passer d'hypothèses. Elles ont tout avantage, pourvu que l'homme de science ne voie en elles qu'un moyen de graver dans l'esprit cette petite chose qu'on nomme le fait réel, la seule dont il doive tenir compte, τὸ ἐόν, comme l'a dit le premier Hippocrate, mettant ainsi la médecine dans une voie sûre.

On peut lire dans tous les ouvrages de compilation, avec plus ou moins de développements descriptifs, que les phénomènes communs aux œufs fécondés ou non fécondés consistent dans la disparition des vésicules embryogène et germinative, dans la condensation du vitellus et dans la formation des globules polaires. C'est à ces modifications que nous avons donné le

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 24 octobre, 7 et 23 novembre.

grès de la médecine. Ce n'est pas lui qui doit mériter à Galien la reconnaissance de la postérité, ce seront ses découvertes, ce seront les notions sûres qu'il nous a transmises de ce qui avait été fait avant lui et dont il possédait la connaissance plus que tout homme de son siècle.

Suivons présentement Galien anatomiste, physiologiste, médecin, chirurgien, hygiéniste et thérapeutiste.

Et d'abord, Galien a-t-il disséqué des cadavres humains? Je réponds absolument par la négative. Non, les descriptions anatomiques souvent très fidèles ne sont point faites sur l'homme; le plus grand nombre proviennent de singes et d'autres animaux. Galien recommande le genre de mort le plus convenable, conseillant d'étouffer la bête sous l'eau, au lieu de l'égorger ou de l'étrangler avec une corde. Je reviendrai sur ce point important et vous le démontrerai avec Charles Daremberg. Le respect pour l'autorité galénique a été tellement servile que l'on soupçonnait la constitution anatomique de l'homme d'avoir pu changer plutôt que de trouver Galien dans l'erreur.

L'ostéologie est bien plus complète dans Galien que chez ses devanciers. En vous parlant de l'histoire de l'anatomie, je vous ai déjà dit qu'il a bien fait connaître le sphénoïde, le temporal, le canal nasal du maxillaire supérieur, l'ethmoïde, les cornets des fosses nasales, l'articulation de la tête avec la première vertèbre.

Les muscles et les nerfs sont décrits d'après le singe, le cerveau d'après le bœuf. Les muscles qu'il a découverts, et qui étaient peu connus avant lui, sont : le peaucier, le buccinateur, le pyramidal du nez, le palmaire et le plantaire, les sphincters de l'anus, le petit pectoral, le

nom d'essai de parthénogenèse, pour qu'ils eussent une signification aux yeux du lecteur. Voyons d'après les recherches de H. Fol, O. Hertwig et Selenka, les trois observateurs que nous avons mentionnés, comment s'enchaînent ces divers phénomènes.

La vésicule embryogène qui joue le rôle d'élément mâle et qui préféconde, ayant disparu, l'œuf présente une couche périphérique molle non condensée en membrane, un vitellus et une vésicule germinative. Celle-ci ne disparaît pas comme on le croyait. Elle s'allonge en fuseau et voyage dans le vitellus, vers le pôle supérieur de l'œuf. Arrivée à la périphérie, elle soulève la surface de l'œuf à deux reprises différentes sous forme de vésicules transparentes qui se détachent. Ce sont les globules polaires. Ayant ainsi rejeté dehors environ une moitié d'elle-même, la vésicule germinative se condense en un petit noyau et abandonne la périphérie de l'œuf pour voyager vers le centre. On lui donne alors le nom de *pronucleus femelle*. C'est l'instant propice pour l'arrivée du spermatozoïde.

Supposons donc que les animalcules arrivent ; on les voit s'approcher de l'ovule ; ils s'enfoncent dans la couche périphérique molle où ils se frayent plus ou moins péniblement un chemin. Dès que l'*un* d'eux, plus vigoureux sans doute, arrive près du vitellus, la couche superficielle de celui-ci se soulève, marche à sa rencontre, *l'attire*, et, l'ayant saisi comme un aimant rentre avec lui dans le vitellus. La queue, organe de locomotion désormais inutile, suivant l'expression de Mathias Duval, reste seule dehors. La tête se gonfle, se détache après plusieurs minutes et se métamorphosant en étoile, puis en noyau irrégulier, voyage dans le vitellus. C'est le *pronucleus mâle*. Les deux *pronuclei* se rencontrent et se fusionnent, l'un se creusant pour embrasser l'autre. L'œuf continuera son évolution, au lieu de tomber dans le néant. Chose curieuse ! à peine le contact s'est fait entre le spermatozoïde et le *cône d'attraction*, que l'enveloppe vitelline durcit et s'oppose au passage des autres animalcules. Exceptionnellement, un second animalcule force la porte. Le fait a été constaté par Fol et a eu pour conséquence la production d'un *monstre double*. Les deux pronuclei mâles s'unissent au pronucleus femelle..

Ces faits ont été constatés chez les animaux inférieurs; mais les observations faites sur les espèces supérieures concordent si bien qu'on doit conclure à leur généralité. Admettons donc que tels sont dans la race humaine les phénomènes intimes de la fécondation.

Dr H. Stapfer.

---

rhomboïde, le petit droit antérieur de la tête, plusieurs des extenseurs du rachis, les intercostaux, le poplité, enfin les lombricaux et les interosseux des pieds et des mains.

Le cœur est assez bien décrit, il connaissait l'ouverture de la cloison interauriculaire nommée à tort : trou de Botal. Il voulait que le cœur ne reçût pas de nerfs, bien loin d'en être la source comme le voulait Aristote. Pour l'angéiologie, il donne plus de place aux veines qu'aux artères ; malgré de graves erreurs, cette angéiologie est la plus importante pour l'époque.

La splanchnologie est faite d'après une sorte de compromis entre les ruminants et les carnassiers. Il admet la pluralité des lobes du foie, disposition qui ne se montre ni chez les orangs, ni chez les chimpanzés, mais qui existe chez les magots. Sa description du système génital est la suivante : les parties sexuelles de la femme sont analogues à celles de l'homme, mais retournées en sens inverse. La matrice se divise en deux portions, l'une droite destinée aux fœtus mâles, l'autre gauche destinée aux fœtus femelles. Vous voyez que Galien n'avait ouvert que des animaux. Les anatomistes d'Alexandrie et même quelques-uns de leurs prédécesseurs connaissaient mieux l'utérus humain, de telle sorte que Galien avait tort de critiquer et de reprendre Dioclès, ainsi qu'Hérophile, dans la persuasion où il était que les animaux représentent exactement l'homme.

Je dois insister sur l'anatomie philosophique de Galien au sujet d'un de ses traités les plus précieux, à cause des descriptions anatomiques et des renseignements qu'il renferme. C'est le traité : *De l'utilité des parties du corps humain*, *Περὶ χρείας μορίων*, *De usu partium*. La traduction : *De l'utilité des parties*, me paraît préférable à celle : *De l'usage des parties*, car il ne s'agit pas de physiologie proprement dite. Galien, sous l'empire du principe immuable des causes finales, veut prouver que les différentes parties du corps sont combinées dans un tel

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Présentations. — Traitement du pied bot par la tarsotomie. — Rapport : 1° sur une observation d'hypertrophie congénitale de la langue ; 2° sur un cas de cachexie pachydermique consécutive à un traumatisme du cou. — Rapport sur une observation de névralgie faciale traitée par l'arrachement du nerf sous-orbitaire. — Lecture : Observation de fractures du rachis par cause indirecte, paralysie consécutive avec incontinence de l'urine et des matières fécales ; luxation spontanée de la rotule en dehors. — Nécrologie.

M. Trélat présente, au nom de M. le docteur Badal, professeur du cours complémentaire d'ophthalmologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, un mémoire basé sur trois observations dans lesquelles l'élongation de la branche externe du nerf nasal, faite en vue de combattre des douleurs ciliaires extrêmement vives, a été suivie de la cessation complète des phénomènes douloureux.

Des conclusions qui terminent le mémoire de M. Badal, nous retenons la suivante : « Il est permis de supposer, à en juger par les résultats déjà obtenus, que l'élongation du nerf nasal pourra, dans nombre de cas, être substituée à d'autres opérations infiniment plus graves, la névrotomie optico-ciliaire, en particulier, et, dans certains cas, l'amputation ou l'énucléation du globe ne devraient être pratiquées que si l'élongation préalable du nerf nasal externe n'a donné aucun résultat. » Le travail de M. le docteur Badal est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Farabeuf, Després et Trélat, rapporteur.

— M. Léon Labbé présente, de la part de M. le docteur Chavernac (d'Aix-en-Provence), un mémoire manuscrit intitulé : *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel.* M. Léon Labbé fait remarquer que le mémoire de M. Chavernac est conçu dans le même esprit que celui dont M. le docteur Galezowski a donné récemment lecture devant la Société de chirurgie ; ces divers travaux indiquent un retour aux doctrines et à la pratique de l'École française, en ce qui concerne l'opération de la cataracte, doctrines et pratique dont on s'était laissé écarter sous l'influence de l'École allemande, et de M. de Graëfe, en particulier.

— M. Monod, au nom de M. Polaillon, et comme complément du rapport lu par son collègue, dans la dernière séance, sur des observations de tarsotomie pratiquée par M. le docteur Beauregard, du Havre, chez des enfants atteints de pied bot, présente deux de ces opérés, un jeune garçon et une jeune fille, et les fait marcher pieds nus devant la Société de chirurgie.

---

rapport de cause à effet qu'on ne peut rien imaginer de mieux. C'est l'idée empruntée à Aristote : que la nature ne fait rien en vain. Ce livre n'est, en réalité, ni un exposé d'anatomie, ni un traité de physiologie, c'est une thèse pour prouver la sagesse de la nature et l'adaptation des causes finales à l'organisme humain. Galien conclut toujours des animaux à l'homme, aussi arrive-t-il à des résultats illusoires.

Quoi qu'on en ait pu dire, Galien a été un physiologiste de premier ordre et un expérimentateur. On en trouve la preuve dans les traités : *Administrations anatomiques; Du mouvement des muscles ; Sur le pouls ; Sur la respiration ; Sur les facultés naturelles* dans les *Dogmes d'Hippocrate et de Platon*, et dans plusieurs chapitres : *De l'utilité des parties.* Ce n'est ni par ses trois forces fondamentales présidant à la vie des animaux, résidant dans le cerveau, le cœur et le foie, ni par les trois facultés, génératrice, d'accroissement et nutritive, que la physiologie galénique est si remarquable. Les expériences sur les fonctions du cerveau, sur la respiration, sur la circulation, sont, au contraire, des titres de gloire et impérissables.

Un grand nombre d'expériences sur les fonctions du système nerveux ont été instituées par Galien. Il a constaté que si l'on incise ou si l'on enlève sur un animal vivant la dure-mère recouvrant le cerveau et le cervelet, l'animal ne perd ni le sentiment, ni le mouvement. Il en est de même quand on coupe les hémisphères cérébraux sans arriver jusqu'à un ventricule. La lésion du quatrième ventricule paralyse l'animal, celle du troisième un peu moins, celle des deux ventricules antérieurs du cerveau n'entraîne presqu'aucun trouble quand l'animal est jeune, mais le trouble est un peu plus marqué chez ceux qui sont vieux.

Erasistrate, voyant un bœuf blessé entre l'occipital et la première vertèbre devenir immobile, attribuait ce phénomène à la lésion seule de la membrane, il ne savait pas, ajoute Galien, que le quatrième ventricule avait été atteint.

M. Desprès reconnaît que les malades ont obtenu une réelle amélioration dans leur état par suite de l'opération; mais ces résultats ne sont pas complètement satisfaisants. Le jeune garçon a encore besoin, pour marcher, d'un petit appareil; quant à la jeune fille, si elle a obtenu un résultat encore meilleur, c'est qu'elle n'était pas très malade et que sa difformité, avant l'opération, lui permettait de marcher assez bien sans s'appuyer sur la face dorso-externe du pied, ainsi que l'indique l'état de la chaussure dont elle se servait avant d'être opérée.

M. Monod fait observer à M. Desprès que la jeune malade était obligée, avant l'opération, de marcher avec des béquilles, tandis qu'aujourd'hui elle marche sans béquilles.

M. Trélat croit devoir rappeler l'observation très intéressante d'un jeune homme de 19 ou 20 ans qu'il a traité à deux reprises, à l'hôpital de la Charité et à l'hôpital Necker, pour un pied bot varus équin résultant d'une paralysie des muscles fléchisseurs de la jambe.

Ce jeune homme avait eu autrefois un abcès froid par congestion, consécutif à un mal de Pott, dont il avait été complètement guéri, mais il lui en était resté une paralysie partielle des muscles fléchisseurs de la jambe qui l'obligeait de marcher sur la face dorso-externe du pied. La ténotomie et les appareils orthopédiques avaient été plusieurs fois employés sans résultat, lorsque M. Trélat eut l'idée d'appliquer à ce malade, après section préalable du tendon d'Achille et du tendon du long péronier, un appareil en gutta-percha, construit sur ses indications par M. Collin et composé de deux parties, l'une fixe, destinée à immobiliser la jambe et le pied entre deux murailles de gutta-percha, l'autre mobile destinée, à l'aide d'un long bras de levier, à imprimer à l'avant-pied des mouvements ayant pour but de ramener la plante du pied dans le plan horizontal et d'opérer la déflexion du pied.

L'application de l'appareil eut lieu pendant que le malade était plongé dans le sommeil anesthésique. Au bout de deux mois de traitement, ce jeune homme quitta l'hôpital de la Charité, marchant sur la plante du pied, à l'aide d'un soulier très bien fait, qui permettait de maintenir le pied dans le plan horizontal.

Après sa sortie de l'hôpital, le malade ayant cessé de porter son soulier, la récidive eut lieu au bout d'un an. Il revint alors trouver M. Trélat à l'hôpital Necker, où la réapplication de l'ancien appareil produisit des résultats aussi heureux que la première fois. Le malade est sorti de Necker pouvant de nouveau marcher sur la plante du pied, grâce à son soulier qu'il n'a cessé de porter depuis, et qui a maintenu le redressement.

On peut donc, au moyen des appareils, quand ils remplissent bien les indications, obtenir, dans certains cas, le redressement du pied bot, même chez des individus arrivés à l'âge adulte.

Je ne puis vous énumérer les recherches originales de Galien sur les divisions de la moelle épinière à diverses hauteurs; il la coupait dans sa totalité ou dans sa moitié. Il savait trancher le nerf phrénique; il a donné des préceptes minutieux pour la section des muscles, des nerfs intercostaux et des côtes elles-mêmes.

L'expérimentateur nous apprend qu'il faisait des expériences sur la moelle épinière en particulier et en public. Il se servait ordinairement de petits cochons ; il aurait préféré agir sur des singes, mais la comparaison avec l'homme aurait pu indigner les spectateurs. L'animal couché sur une table avait les membres liés. Il se servait du scalpel pour diviser la peau et les muscles postvertébraux, il pénétrait entre deux vertèbres avec un couteau pointu de fer de Norique.

Galien a voulu connaître les résultats de la perforation des parois pectorales d'un seul ou des deux côtés à la fois, de l'incision d'une ou de plusieurs côtes, de la section et de la compression des nerfs qui se rendent aux muscles intercostaux, du diaphragme au larynx. On cherche, dit-il, les nerfs sur les parties latérales de la colonne vertébrale, on passe sous eux un petit crochet, ni trop mousse ni trop pointu. On remplace le crochet par le dipyrène, sorte de sonde terminée aux deux bouts par une olive et maintenant le nerf au niveau des bords de la plaie. On glisse enfin une aiguille avec un fil de lin et l'on serre le nœud le plus près possible de la moelle. Pour les expériences publiques, Galien, qui ne dédaignait pas un effet théâtral, nous apprend qu'avec plusieurs aides, il faisait comprimer, à un signal donné, tous les nerfs; l'animal qui criait devenait instantanément muet, puis dès que la constriction cessait, l'animal criait de nouveau. Tantôt on serre un peu plus, tantôt un peu moins, tantôt tous les nerfs, tantôt un certain nombre, et la voix se modifie en proportion devant les spectateurs émerveillés de ces changements subits. Il ajoute que la section, ou la ligature, du pneumogastrique le long du cou fait disparaître la voix plus complètement et plus subitement.

(*A suivre.*) Professeur Laboulbène.

M. Trélat fait observer qu'il y a des cas qui relèvent de la tarsotomie et d'autres qui relèvent de l'orthopédie. C'est au chirurgien à bien saisir les indications diverses qu'ils présentent.

— M. Périer, au nom d'une commission, dont il fait partie avec MM. Verneuil et Maurice Perrin, lit un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Guerlain (de Boulogne-sur-Mer) et relative à un cas de macroglossie ou hypertrophie congénitale de la langue.

Le sujet de cette observation est une petite fille pour laquelle M. Guerlain fut appelé au lendemain de la naissance, au mois de septembre 1875.

Cette enfant, d'ailleurs bien développée, présentait une langue énorme sortie de la bouche, et ne pouvant y rentrer ni volontairement ni par le refoulement.

La portion saillante de l'organe mesure 5 centimètres de longueur, 4 centimètres de largeur en son milieu et 2 centimètres et demi d'épaisseur. Etranglée au niveau des lèvres, elle s'épanouit comme un champignon volumineux, cache le menton tout entier et s'étale en avant du cou.

La portion buccale mesure environ 3 centimètres.

La face dorsale a sa coloration normale, mais les papilles y sont saillantes et volumineuses; la face inférieure bleuâtre est sillonnée de vaisseaux énormes gorgés de sang. Les côtés latéraux sont aussi couverts de vaisseaux variqueux. La salive coule continuellement hors de la bouche.

Les parents et les grands parents de l'enfant, de même qu'un petit frère de 27 mois, ne présentent aucune difformité.

Le docteur Guerlain ne pensa pas qu'il y eût rien à faire à un enfant de cet âge et se borna à conseiller de le nourrir à la cuiller, comme on pourrait, se réservant d'intervenir plus tard si l'enfant vivait.

L'enfant bien soignée, bien nourrie, se développa; la langue n'augmenta pas de volume; quelques ulcérations, survenant de temps en temps, cédèrent rapidement à l'emploi d'un peu de miel rosat.

De six à neuf mois, la première dentition se fit régulièrement. Il y a deux ans environ, étant à la campagne chez ses grands parents, elle a fait une petite maladie à caractères mal déterminés, pendant laquelle la langue a beaucoup grossi, s'est couverte d'ulcérations et les dents se sont gâtées et sont devenues noires.

La langue a ensuite diminué de volume; actuellement ce volume n'est plus que la moitié de ce qu'il était à l'époque de la naissance. L'enfant la rentre volontairement dans la bouche; elle parle distinctement. Elle va à l'école et montre beaucoup d'intelligence. Elle est forte, bien musclée et mesure 1 mètre de hauteur; elle a aujourd'hui six ans.

Dans le cas rare et presque exceptionnel où l'hypertrophie de la langue était nettement congénitale, tous les éléments constitutifs de la langue, papilles, muscles et vaisseaux prenaient part à l'hypertrophie. Malheureusement, le défaut d'examen histologique ne permet pas d'affirmer que la tuméfaction n'était pas due à une dilatation des vaisseaux lymphatiques, auquel cas elle serait rentrée dans la catégorie de ces tumeurs caverneuses lymphatiques, signalées par Virchow, et dont un exemple a été présenté par M. Variot à la Société anatomique en 1880. Ce qui constitue l'originalité de cette observation, c'est la diminution spontanée de cette énorme langue, sans traitement, sans cause appréciable. En effet, tous les auteurs s'accordent à dire que la marche du mal est progressive, qu'il ne reste jamais stationnaire et que l'on n'a jamais observé de guérison spontanée.

Malheureusement, dans le cas actuel, ce fâcheux pronostic ne semble pas devoir être démenti. D'après les renseignements les plus récents, donnés par M. Guerlain à la date du 24 novembre, l'enfant était toujours dans le même état; depuis quelque temps même la langue rentre moins dans la bouche, la portion saillante est ulcérée et douloureuse, les dents sont couvertes de tartre et sensibles.

M. Guerlain pense qu'il y a lieu d'intervenir et il serait heureux d'avoir l'avis de la Société de chirurgie.

M. le rapporteur engage M. Guerlain à essayer de l'ignipuncture, à l'exemple d'Helfrich qui a obtenu la guérison d'une macroglossie en traversant la langue vingt-deux fois avec la pointe du thermo-cautère. Un si grand nombre de cautérisations ne seraient peut-être pas nécessaires, chez cette petite fille, vu la tendance spontanée à la diminution du volume de l'organe. Si ce moyen, qui ne paraît pas dangereux, venait à échouer, on pourrait recourir à un moyen plus radical, l'amputation avec l'écraseur linéaire, à laquelle M. Guerlain a déjà pensé, ou l'ablation à l'aide de l'anse galvanique.

M. Périer lit un second rapport sur une autre observation de M. le docteur Guerlain, intitulée : *Cachexie pachydermique consécutive à un traumatisme du cou.*

Le sujet de cette observation est une petite fille de 11 ans, d'origine anglaise, née aux Indes. Ses parents, son frère et ses trois sœurs sont bien portants et bien constitués. Elle-

même n'a rien présenté d'anormal jusqu'à l'âge de 18 mois, lorsqu'elle tomba de sa voiture dont la roue lui passa sur le cou. Le traumatisme n'avait pas dû être bien grave, puisque l'accident put être dissimulé et que la mère l'apprit seulement quelques jours plus tard par un témoin.

L'enfant ne fut pas malade, mais, à partir de cette époque, elle cessa de grandir tout en continuant de grossir. Aujourd'hui, à l'âge de 11 ans, sa taille ne mesure que 85 centimètres, son poids est de 18 kilogrammes. Elle a de la peine à se tenir debout, marche mal et se tient habituellement assise ou accroupie, la tête enfouie dans les épaules, le menton appuyé sur le sternum. Avec ses cheveux blonds, raides et plantés bas, sa grosse tête, son nez relevé aux narines dilatées, sa bouche entr'ouverte à la lèvre pendante, ses yeux bleus au regard étonné, son teint d'un blanc mat, elle ressemble, dit M. Guerlain, aux grotesques peints qui décorent les vases de Chine.

Les mains et les pieds cyanosés paraissent œdématiés sans que l'empreinte des doigts persiste; le cou participe à cet œdème dur; la poitrine est bombée; le ventre, volumineux, proémine en besace. L'intelligence est médiocre, cependant l'enfant vient d'apprendre facilement son alphabet; elle passse sa vie dans son fauteuil paraissant en contemplation continuelle, ne remuant que si on l'excite, ne parlant que si on l'interroge; alors elle répond à toutes les questions sans hésitation, sans embarras, de préférence en anglais, mais elle parle également le français.

Les sens paraissent bien développés, la vue et l'ouïe sont bonnes; le goût ne semble pas très raffiné car l'huile de ricin lui est agréable. La sensibilité cutanée n'a rien présenté de spécial; elle distigue bien le froid du chaud, cependant les extrémités sont toujours remarquablement froides.

Il n'existe aucune déformation du squelette.

Les fonctions de nutrition sont régulières; elle mange bien malgré ses dents mauvaises et difformes au nombre de 4 en haut, 2 incisives et 2 grosses molaires, et 6 en bas, 4 incisives et 2 canines; ses digestions sont bonnes; elle est habituellement constipée.

Rien à noter du côté des poumons et du cœur; pas d'anomalie apparente des organes génito-urinaires.

M. Guerlain rapproche ce fait de celui qui a été publié dans le *Progrès médical* de 1880 par MM. Bourneville et d'Ollier, sous le titre de *Crétinisme avec myxœdème*, ou de *Cachexie pachydermique*.

Les deux observations présentent, en effet, la plus grande analogie. Dans celle de MM. Bourneville et d'Ollier, il s'agit d'un enfant du sexe masculin, sans antécédents héréditaires, très bien conformé, qui fit à 15 mois une chute dans un escalier après laquelle le développement s'arrête. A 19 ans, sa taille ne mesure que 90 centimètres, son poids est de 20 kilogrammes. A ces différences près, on dirait que les deux observations son calquées l'une sur l'autre; la fille a été comparée à un magot de la Chine, le garçon avait reçu à Bicêtre le surnom de *Pacha!*

Dans le cas de M. Guerlain, la maladie se rattache à un traumatisme s'exerçant sur la partie supérieure de la colonne vertébrale, et, partant, de la moelle épinière.

Dans les autres observations de cette curieuse maladie, relatées par Gull (1873), Ord (1877), Charcot (1880), Morvan, Fournier (de Brest) Blaise, en France, et un certain nombre d'auteurs étrangers, jamais il n'est question d'une étiologie traumatique, et ce sont toujours des adultes chez lesquels on l'observa. Diverses causes ont été invoquées : œdème chronique, dégénérescence muqueuse spéciale, prolifération cellulaire, malformation des tissus, maladie de Bright, maladie primitive ou secondaire du système nerveux central, etc. Quelle que soit la cause encore inconnue de cette affection, on ne peut pas ne pas être frappé de ce fait que la maladie a toujours été observée chez des adultes âgés de plus de 34 ans et qu'elle s'était déclarée spontanément. Deux fois seulement elle a été observée dans la première enfance, à 15 et à 18 mois; dans ces deux cas exceptionnels elle a succédé à un traumatisme, et elle a évolué avec une similitude étonnante. M. le rapporteur avoue qu'ici il aurait bien de la peine à ne pas considérer le traumatisme comme l'agent déterminant. S'il en est vraiment ainsi, et si, d'autre part, la maladie de ces enfants est la même que celle des adultes, ces deux faits seraient favorables à l'opinon qui place le siège primitif du mal dans le système nerveux.

M. le rapporteur propose en terminant : 1° d'adresser une lettre de remercîment à M. Guerlain pour ses deux intéressantes observations; 2° de déposer dans les *Archives* l'observation de macroglossie et de publier *in extenso* celle de myxœdème ; 3° enfin de maintenir M. Guerlain dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membres correspondants nationaux. (Adopté.)

M. Verneuil croit devoir signaler à M. Périer une petite lacune à remplir dans l'histo-

rique de la singulière affection décrite sous le nom de *myxœdème* ou de *cachexie pachydermique.* La nature nerveuse de cette maladie a été mentionnée seulement à titre d'hypothèse dans le rapport de M. Périer; or, cette hypothèse a reçu une confirmation éclatante des faits communiqués par M. le docteur Henrot (de Reims) au dernier Congrès de la Rochelle.

M. Henrot a mis sous les yeux de cette assemblée une série de pièces véritablement extraordinaires empruntées à des sujets atteints de myxœdème, et dans lesquelles ont voit les très petits filets du grand sympathique ayant pris le volume presque incroyable de l'index. Cette affection serait donc caractérisée comme lésion anatomique par une hypertrophie extraordinaire du système nerveux du grand sympathique. On a pu voir également dans les pièces de M. Henrot, une glande pituitaire du volume d'une pomme et une glande pinéale de la grosseur d'une noix.

Si l'on rapproche l'une de l'autre les deux observations de M. Guerlain et de MM. Bourneville et d'Ollier, on voit, dans les deux cas, une action traumatique portant sur la partie supérieure de la colonne rachidienne et pouvant, par conséquent, retentir sur la partie supérieure de la moelle épinière, amenant les troubles trophiques si extraordinaires, décrits par ces observateurs. Si maintenant on rapproche de ces observations faites sur le vivant les lésions anatomiques constatées après la mort, et révélées par les pièces de M. Henrot, on comprend comment le traumatisme de la moelle, ayant déterminé l'altération hypertrophique si remarquable du système nerveux sympathique, a pu donner naissance aux troubles trophiques dont il s'agit dans ces observations.

M. Verneuil termine en disant que l'on ne saurait toucher à la question du myxœdème, sans citer avec éloges le nom de M. le docteur Morvan qui n'a pas apporté moins de 15 observations de cette affection, si rare cependant, c'est-à-dire qu'il a réuni à lui seul plus de faits que tous les autres observateurs ensemble.

M. Desprès serait porté à ne voir dans l'observation de M. Guerlain qu'une variété d'éléphantiasis; la petite fille dont il s'agit étant originaire des Indes, où l'on sait que cette maladie est très fréquente.

M. Trélat ne saurait nier absolument l'influence du traumatisme invoqué par M. Guerlain comme cause du myxœdème observé chez la petite fille, dont il a donné l'histoire intéressante, mais il ne voit pas dans les circonstances qui ont accompagné ce fait, des caractères propres à entraîner la conviction. Le traumatisme a été ici tellement modéré, que l'accident a pu être facilement dissimulé par la bonne de l'enfant, que la mère ne s'en est pas aperçue, et l'a appris seulement au bout de quelques jours par le rapport d'un témoin oculaire.

Quand on réfléchit à la tendance qu'ont généralement les parents à rapporter à une cause traumatique, à un accident quelconque, tout ce qui arrive à leurs enfants, on doit n'admettre qu'avec une grande réserve de semblables interprétations. M. Trélat déclare qu'il ne saurait reconnaître dans la cause invoquée le caractère d'une preuve incontestable.

M. Périer fait remarquer que c'est à partir de la chute que s'est produit l'arrêt de développement dans le cas de M. Guerlain, comme dans celui de MM. Bourneville et d'Ollier. Il y a donc des probabilités en faveur de l'influence du traumatisme.

Quant à l'opinion de M. Desprès, qui considère l'affection de la petite fille de M. Guerlain comme une variété d'éléphantiasis, parce que cette enfant est née aux Indes, il suffit, pour la réfuter, de rappeler que le petit garçon de MM. Bourneville et d'Ollier, atteint de la même maladie, est né à Neuilly-sur-Seine.

— M. Pozzi lit un rapport très étendu sur un travail de M. le docteur Blum, relatif à un cas de névralgie faciale, traité par l'arrachement du nerf sous-orbitaire. La discussion de ce rapport a été renvoyée à la prochaine séance; nous donnerons, dans notre prochain compte rendu le résumé de ce travail et de la discussion qui l'aura suivie.

— M. le docteur Guermonprez (de Lille) donne lecture d'une observation intitulée : *Fracture du rachis par cause indirecte, paraplégie consécutive avec incontinence de l'urine et des matières fécales ; luxation spontanée de la rotule en dehors.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marchand, Nepveu et Chauvel, rapporteur.

— Au commencement de la séance, M. le Président Léon Labbé a annoncé la mort de M. Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant à Lille. — A. T.

—

COURRIER

Reconstruction de la Morgue. — M. le préfet de la Seine vient d'instituer une commission chargée d'étudier un plan général et d'élaborer un programme pour la reconstruction de la Morgue.

Les membres du corps médical qui font partie de cette commission présidée par le préfet de la Seine sont : MM. les professeurs Béclard, Wurtz et Brouardel ; MM. les docteurs Descouts, médecin adjoint de la Morgue ; Bourneville et Decorse, conseillers généraux de la Seine.

— Par décret en date du 24 novembre 1882, M. Beaunis (Henry-Étienne), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

Photographie d'une explosion. — Des ingénieurs américains ont photographié récemment les phases différentes de la destruction d'un navire par une charge sous-marine de dynamite. Les résultats, dit le *Scientific American*, ont été très interessants. Il y avait six chambres obscures à l'instant de l'explosion; les instants de l'obturation respectifs des divers objectifs étaient notés par un chronographe électrique.

Une photographie, prise un dixième de seconde après l'explosion, montre le vaisseau brisé et une colonne d'eau de 70 pieds de haut. Une seconde et demie après l'explosion, la colonne s'élève à 160 pieds ; une troisième photographie, tirée deux secondes après, montre la colonne à son maximum, 180 pieds, et les fragments du navire en l'air ; dans une quatrième prise, 3",3 après l'explosion, le tout retombe ; et enfin dans une cinquième, prise au bout de 4",3, tout est fini.

Statistique du tabac. — Voici, d'après *les Mondes*, quelques renseignements sur la production et la consommation des tabacs.

L'Asie produit 31,000 quintaux de tabac ; l'Alsace-Lorraine, 160,000 ; la Bavière, 156,000 : le duché de Bade, 242,000 ; l'Allemagne du Nord, 1,100,000, dont la Prusse fournit environ le quart. Les Pays-Bas donnent 85,000 quintaux ; l'Italie, 93,000 ; la Russie ; 180,000 ; l'Autriche, 1.000,000 (?). En Amérique, le Brésil figure pour 300,000 quintaux, Cuba pour 610,000 et l'Amérique du Nord pour 3,400,000. La production totale est de 18 millions de quintaux.

En Russie, en France, en Angleterre, la consommation annuelle est de 1 livre par habitant ; en Italie, 1 livre et demie ; en Autriche, 2 livres 2/5 ; aux États-Unis et en Allemagne, 3 livres ; en Belgique, 4 livres 4/5, et enfin en Hollande, 5 livres 3/5.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 8 décembre 1882.

Ordre du jour : M. Dionis des Carrières : Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — Communications diverses.

Collège de France. — *Cours de médecine expérimentale.* — M. le professeur Brown-Séquard commencera son cours le mercredi 6 décembre, à 10 heures du matin, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. le professeur Brown-Séquard traitera *comparativement des effets, des lésions et des maladies des diverses parties du système nerveux.*

Cours public sur les maladies des yeux. — Le docteur Galezowski commencera ce cours à l'École pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 2, le mercredi 6 décembre, à 8 heures du soir, et il le continuera les mercredis suivants à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des altérations oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. La fin de chaque séance sera consacrée à des démonstrations ophthalmoscopiques.

Le gérant, Richelot.

Paris. — ypographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Le doctorat ès sciences médicales. — Renseignements et hypothèses continuent à se faire jour et se mêlent aux avis que nous envoie la province.

Nous avons dit que le nouveau grade ne serait dénué d'inconvénients qu'à la condition d'être un hors-d'œuvre, et que, dans tous les cas, l'agrégation était au-dessus ou en dehors de la question.

M. J. Renaut, professeur à la Faculté de Lyon, consacre un important article au projet ministériel. Il considère avec raison le doctorat en médecine actuel comme étant « l'homologue des diverses licences; » il ajoute que c'est là un grade « à valeur professionnelle. » Puis, cherchant un parallélisme absolu entre l'École de médecine et l'École de droit, il demande que le doctorat ès sciences médicales, titre universitaire supérieur, soit une condition *sinè quâ non* exigée des candidats à l'agrégation.

Plaçons-nous sur ce terrain. Ici encore se présente l'alternative que nous avons étudiée : profession ou pure science. Vous n'empêcherez pas qu'un médecin vous demande le grade supérieur, n'ayant *in petto* nulle ambition de faire un agrégé. Et cet exploiteur de la situation nouvelle, vous aurez bien de la peine à ne pas le nommer docteur ès sciences; car, pour mener à bien la double thèse que vous supposez, il trouvera toujours un inspirateur parmi ses maîtres, un fabricant parmi ses camarades, un cousin parmi ses juges. Ne nous parlez pas des *positiones* roulant sur les « sciences médicales » et montrant que le candidat les a « toutes approfondies. » Donner au nouveau titre une haute valeur scientifique, c'est facile à dire. Vos garanties ne seront jamais qu'une ou deux thèses et un interrogatoire; nous les connaissons. Ne comparez pas tant la médecine au droit, et songez aux parasites

FEUILLETON

HISTOIRE DE GALIEN,

SA VIE, SON SYSTÈME MÉDICAL, SES ŒUVRES; SON DERNIER TRADUCTEUR CHARLES DAREMBERG.

III

SYSTÈME MÉDICAL ET ŒUVRES DE GALIEN.

Galien n'a pas connu la circulation du sang; il avait démontré contre l'opinion d'Erasistrate que les artères contiennent du sang et non de l'air, mais il avait fait une expérience qui l'avait induit en erreur. Dénudant une artère, l'ouvrant et plaçant dans sa cavité une tige creuse, puis serrant les parois artérielles de manière à les comprimer sur la tige en empêchant le sang de s'écouler au dehors, il avait vu cette artère cesser de battre. Si on répète cette expérience délicate, on constate que le sang se coagule rapidement dans le tube, les battements disparaissent vite dans l'artère obstruée par un caillot. Supposons que Galien eût mieux fait et mieux compris cette expérience, qui sait s'il n'aurait pas découvert la circulation du sang? Cette remarque est due à un de nos agrégés de physiologie, qui a traduit Harvey et qui porte dignement un nom cher à la Faculté. Vous devinez qu'il s'agit de Charles Richet.

J'abrège, il me suffit de vous avoir montré ces expériences si bien conçues et exécutées pour vous prouver que Galien a été le créateur de la physiologie expérimentale. Ceux qui ont acclamé sa doctrine ont fait peu ou point attention à ces mémorables essais. La physiologie,

par qui la profession médicale est envahie. A la Faculté de droit, quand on nomme un docteur, on ne met pas entre ses mains un instrument de charlatanisme; sur le nombre de vos docteurs ès sciences médicales, combien seront des candidats sérieux à l'agrégation, combien des hommes de science pure destinés aux laboratoires, combien des guérisseurs d'arrière-boutique? Dépendra-t-il de vous que le grade supérieur « n'ait de valeur que pour l'enseignement? »

Vous arrangez toutes choses dans un ordre logique, idéal, absolu. Votre but, en exigeant le doctorat ès sciences médicales des candidats à l'agrégation, est de faire « une première sélection par une première lutte sérieuse. » Vous voyez d'ici le futur agrégé se livrant à des travaux personnels, faisant « un long séjour et un libre travail dans les cliniques, dans les laboratoires », développant son initiative au lieu de « s'imprégner des travaux d'autrui » et de s'épuiser dans la préparation du concours. Pauvres candidats! Ils souffrent déjà bien longtemps avant d'atteindre la fin de leurs misères; vous les retardez encore en leur imposant « des années » d'études que vous appelez libres et qui n'en seront pas moins officielles; ils seront aussi bien obligés de préparer le concours et de s'imprégner des travaux d'autrui, mais ils seront plus âgés, plus fatigués, plus dégoûtés encore au moment où, délivrés de ce fardeau, ils pourront enfin librement exercer la médecine ou la chirurgie. Car vous n'empêcherez pas que les candidats à l'agrégation soient en même temps parmi les élus du Bureau central. Vous pourrez convenir que le grade supérieur ne donne pas le droit d'exercer, mais vous ne ferez pas qu'il l'enlève, et que médecins et chirurgiens ne soient jaloux de le conserver.

Vous entrevoyez un nouvel âge d'or, « la confiance dans les maîtres agrandie, l'enseignement des professeurs plus élevé. » Pensez-vous sérieusement que le nouveau grade imposé aux futurs agrégés les rendra plus forts, plus travailleurs, plus capables d'enseigner? Voyez donc les candidats sérieux, ceux qui ont « la bonne ambition » : ils font d'eux-mêmes ce que vous allez leur prescrire, ils fréquentent laboratoires et cliniques, ils cassent des os dans les amphithéâtres, ils rangent des bocaux étiquetés, ils produisent des mémoires originaux dans les revues mensuelles. Quant à ceux que vous avez la prétention d'écarter comme « incapables de produire » et « comptant sur le succès facile dû à leur mémoire, à leur élocution, même à leurs appuis », croyez-vous qu'ils seront moins docteurs ès sciences que les autres? Vous les rencontrerez dans les cliniques et les laboratoires; vous verrez « les maîtres serrés de près », le mot n'est que trop juste, et serrés de plus près en-

---

même après Harvey et Haller, était presque délaissée lorsque Magendie, Flourens, Charles Bell, Burdach, Longet, Claude Bernard, pour ne parler que des morts, lui donnant l'essor expérimental, en ont fait une des parties les plus fécondes des sciences médicales.

La pathologie interne galénique offre au premier rang le *Traité des lieux affectés*, qui suivant l'expression de Dézeimeris est le plus beau monument qui nous reste de l'esprit d'observation de l'antiquité. Galien cherche autant à reconnaître l'affection ou la diathèse que le lieu affecté, mais privé de nos moyens d'investigation, il fait ordinairement un diagnostic rationnel ou médiat, plus rarement un diagnostic physique et immédiat. Son but n'est pas de décrire les maladies, il cherche à établir la relation qu'il croit exister entre le lieu affecté, la nature de l'affection et certains symptômes déterminés. L'anatomie pathologique y fait à peu près défaut.

C'est un traité dogmatique, plutôt que descriptif, fondé sur cette proposition : que jamais aucune fonction n'est lésée sans que la partie qui lui donne naissance, qui en est le siège, ou qui lui en fournit la matière, soit affectée.

Il est difficile et même impossible de montrer les notions exactes que Galien a données sur les maladies en les dégageant de ses ouvrages si nombreux. Le lecture de ces traités est rendue pénible par un fatras dialectique, par des répétitions, des emportements de polémique. Les longs et volumineux traités se réduisent, en fin de compte, à quelques pages importantes.

Dans ses livres médicaux, Galien a défini la fièvre une chaleur contre nature. Il l'a bien distinguée en essentielle et en symptomatique, il a compris, avant Lancisi, l'importance du voisinage des marais dans les fièvres suivies d'hydropisie et d'induration de la rate.

core que les sujets de mémoires qu'ils auront inspirés. Si vous croyez que par un décret on se débarrasse des habiles, c'est que vous attachez trop de valeur aux institutions dans la conduite des hommes.

Et qu'avez-vous besoin de ce chemin détourné pour atteindre « un but nettement défini et digne de toute approbation : séparer comme il convient dans nos écoles l'enseignement scientifique de l'enseignement professionnel » ? Qui vous empêche, dès à présent, de demander aux professeurs de divers ordres, pour les simples docteurs, « les éléments, la démonstration des choses acquises », et pour « les élèves d'élite », « les parties élevées des programmes » ? Les agrégés sont prêts, nous pouvons l'affirmer.

Telle est la réponse que nous voulions faire à l'intéressant article du professeur J. Renaut, qui sans doute représente l'avis de la Faculté lyonnaise. Il est à remarquer que le doctorat ès sciences médicales y est accepté sans réserves ni changement dans les mots. Au contraire, la Faculté de Bordeaux repousse le nom proposé « comme pouvant être exploité au point de vue professionnel », mais sous le nom de *doctorat ès sciences biologiques*, elle croit à l'opportunité d'un grade supérieur qui soit « un titre pour l'agrégation et le professorat. » (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 25 novembre).

Nous apprenons, d'autre part, que l'Ecole de médecine et le Conseil académique de Clermont-Ferrand ont repoussé à l'unanimité les propositious du ministère.

Dans les conclusions de nos adversaires, un point reste enveloppé de ténèbres. Une autorité sérieuse nous a dit de la circulaire : « C'est un coup droit porté à l'agrégation. » Une lettre nous arrive, où il est écrit : « Ce nouveau doctorat, conféré à quelques préparateurs ou chefs de travaux, justifiera des *délégations* aux fonctions d'agrégé. Il contribuera donc à diminuer encore le recrutement des agrégés de province. » Dans une autre : « Ne sont-ce pas les fruits secs de l'agrégation qui voudraieut arriver par cette voie détournée ? »

Les agrégés, s'il faut en croire tous ces bruits, seraient donc « intéressés » dans la question, comme le disait M. de Ranse, mais d'une façon que notre confrère n'avait pas soupçonnée.

La circulaire demande en effet si le doctorat ès sciences médicales « modifierait les conditions du concours en les simplifiant », et un peu plus loin, « dans quelle mesure il pourrait remplacer les concours ». Là-dessus, que pense M. J. Renaut ? Il y aurait lieu, dit-il, d'examiner « les relations possibles de ce grade avec l'agré-

---

Je tiens à vous faire voir Galien médecin par la cure suivante, qui fit grand bruit, obtenue sur le sophiste Pausanias affecté d'une paralysie du sentiment aux deux derniers doigts de la main et à la moitié du doigt du milieu. Le malade avait d'abord eu recours aux médecins de la secte méthodiste, qui appliquèrent force topiques émollients sur les doigts. Comme leurs émollients ne servaient à rien, ils eurent recours aux astringents. Tous ces moyens restant infructueux, le patient fit venir Galien qui demanda s'il y avait eu quelque coup ou blessure au bras. Pausanias ayant dit que non, Galien dirigea ses recherches du côté de la moelle épinière et apprit que le sophiste était tombé de voiture sur une pierre anguleuse et que le coup avait porté entre les deux épaules. D'abord, il avait existé une vive douleur qui s'était calmée pour faire place à une insensibilité qui augmentait de jour en jour. Je devinai, dit Galien, que le mal était entretenu par un reste d'inflammation de la moelle. Je transportai en haut de la région dorsale les médicaments doux et j'obtins la guérison du malade.

Le médecin de Pergame avait pratiqué la chirurgie dans sa jeunesse, sur les monomaques ou gladiateurs; habile à réduire les luxations et dans l'application des bandages, il n'en avait pas perdu un seul, tandis qu'auparavant ils mouraient presque tous. Plus tard, à Rome, il se livra principalement à la médecine, voici néanmoins une observation dans laquelle il opéra avec une grande hardiesse chirurgicale.

Un serviteur de Marcellus, le Mimographe, ayant reçu, en s'exerçant à la lutte, un coup violent sur le sternum, eut une carie profonde de cet os. Aucun des médecins qui avaient été appelés pour le traiter n'avait osé entreprendre d'enlever l'os corrompu, à cause du mouvement du cœur qu'on sentait immédiatement dessous et dans la crainte d'ouvrir la poitrine.

gation »; et il en reste là. Quant à la Faculté bordelaise, elle exprime son avis « sans rien préjuger des modifications à apporter ultérieurement à l'agrégation. » Voilà qui est bien vague. L'article du *Lyon médical* demande qu'on soit docteur ès sciences pour être ensuite un meilleur agrégé; l'intention est excellente, mais songez-vous que c'est une arme à plusieurs tranchants que vous mettez aux mains du ministère pour diminuer la valeur du titre d'agrégé, pour choisir arbitrairement les professeurs, pour réduire l'importance du concours, peut-être enfin pour le supprimer ?

S'il était vrai qu'on médite une modification aussi profonde de notre organisation médicale, nous pourrions nous plaindre qu'on l'entame aussi légèrement, sans nous montrer un plan général qui puisse nous satisfaire. Il y a des réformes urgentes, nous l'avons déjà dit, pour qui veut relever le niveau des études; il y aurait même à corriger des réformes qu'on a faites. Mais personne n'a besoin d'un doctorat ès sciences médicales, dont l'origine est incertaine et dont le but nous est caché.

L.-G. R.

PATHOLOGIE INTERNE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA VARIOLE HÉMORRHAGIQUE (1),

Par le docteur L.-H. PETIT,

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

On peut donc trouver sur le même organe les deux genres de lésions : la dégénérescence ancienne et les hémorrhagies interstitielles récentes.

L'influence d'altérations organiques antérieures sur la détermination des hémorrhagies varioliques peut encore se manifester d'une autre manière.

OBS. III. — Dans l'observation XXII de la thèse de M. Cot (p. 52), nous voyons en effet un tuberculeux, atteint de lésions pulmonaires, présenter au deuxième jour de l'éruption d'une variole confluente, une hémoptysie abondante qui continua jusqu'à la mort arrivée le lendemain soir. Immédiatement après l'hémoptysie, les pustules pâlirent et s'affaissèrent, ce qui prévint probablement les hémorrhagies cutanées (2).

(1) Suite. — Voir l'UNION MÉDICALE des 30 novembre et 5 décembre.

(2) Cot. *Des varioles malignes.* Thèse de doct. Paris, 1870.

Galien pratiqua cette opération; le péricade altéré laissait voir le cœur à nu. Le malade fut guéri en peu de temps.

Galien nous a fait connaître l'histoire d'un chirurgien téméraire qui, ayant enlevé une partie du muscle externe du bras et voulant montrer son adresse, plongea son scalpel en dedans du muscle antérieur, fit un tour de main malheureux, coupa le médian, le radial, le cubital, l'artère et la veine humérales. Etourdi par la violence de l'hémorrhagie, il n'eut que le temps de lier les vaisseaux ouverts. Le malade n'en perdit pas moins le mouvement et la sensibilité.

J'ai rapporté ce curieux passage pour vous montrer que la ligature des artères était pratiquée du temps de Galien. Nous sommes loin d'Ambroise Paré refusant le cautère actuel et se servant de fil pour oblitérer les vaisseaux artériels, mais la ligature était alors faite aveuglément, tandis qu'Ambroise Paré l'érigea en méthode de traitement contre les hémorrhagies.

L'arsenal chirurgical était fort pourvu au IIe siècle de notre ère. Vous pourrez lire dans l'UNION MÉDICALE du 29 novembre 1881, la description d'une collection d'instruments, d'une sorte de *trousse galénique* découverte à Paris, toutefois un peu moins ancienne et du IIIe siècle.

Le traité principal de Galien sur l'hygiène a été longtemps le plus ancien et le meilleur que l'on possédât. En rejetant les théories, il reste un recueil de conseils judicieux. Dans ce livre, *De la conservation de la santé*, Galien passe en revue les agents nuisibles ou utiles. Il trace les préceptes pour conserver la santé dans l'enfance, la vieillesse, avec les différents tempéraments, chez ceux qui ne sont pas maîtres de leur temps.

La médecine légale doit à Galien la docimasie pulmonaire hydrostatique.

On peut ranger dans le même ordre de faits ceux dans lesquels une femme récemment accouchée fut prise de métrorrhagie pendant que se produisaient des hémorrhagies du côté de la peau et des organes internes. Telle est par exemple l'obs. XXXV de la thèse de M. Cot, où une perte utérine se manifesta au sixième jour de l'éruption, onze jours après l'accouchement, en même temps que des hématuries, des épistaxis et des hémorrhagies pustuleuses.

Nous croyons donc que la variole devient hémorrhagique parce que l'état général du malade était mauvais, et que les lésions viscérales existaient avant l'invasion de la maladie; et alors l'apparition de la forme hémorrhagique de la variole peut s'expliquer de la même façon que M. Verneuil explique la pathogénie des hémorrhagies secondaires dans les lésions traumatiques, et que nous allons rappeler brièvement.

Celles-ci, comme l'ont démontré de nombreux faits insérés dans les thèses de Dériaud, Moriez, Eug. Petit, Péronne, Cauchois, Longuet, Bruchet, etc., sont sous la dépendance d'états généraux, soit créés de toutes pièces et ayant amené à leur suite des altérations organiques profondes, comme le paludisme, l'alcoolisme, la grossesse, etc., soit au contraire créés par les altérations organiques, celles du cœur, du foie, du rein, etc., par exemple. Dans tous les cas, il arrive un moment où l'état général, primitif ou secondaire, met les blessures dans l'impossibilité de se réparer sans accidents, et qu'il se produit des hémorrhagies à leur surface. Ces hémorrhagies se font soit par des vaisseaux qui ont été liés au moment du traumatisme, soit par des vaisseaux innommés qui n'ont pas exigé de ligature pour se fermer, soit le plus souvent par les capillaires. Dans le premier cas, le sang altéré n'a pu produire un caillot suffisant pour amener la fermeture du vaisseau; dans le second, les capillaires altérés ou mal protégés par des bourgeons se sont rompus au moment où la circulation a reçu un supplément d'impulsion provenant d'une cause quelconque, par exemple l'état fébrile déterminé par une intoxication septique (1).

L'hémorrhagie à la surface de la peau et des muqueuses, ou dans l'épaisseur des

(1) M. Barthélemy a justement comparé la lésion dermique de la pustule variolique à une plaie en suppuration, et appelant vers elle les manifestations du virus de la variole. (Thèse, page 169.)

La thérapeutique galénique, basée sur la diététique, la pharmacie et la chirurgie, est surtout remarquable par le luxe des médicaments et leur véritable profusion. Galien savait que la foule vante le médecin qui prodigue les drogues. Il prépara plusieurs fois la thériaque ayant une officine à son usage, comme les autres médecins de son époque; il donna la chair de vipères contre l'éléphantiasis; il usa et abusa de la polypharmacie avec des mélanges raffinés.

Obéissant à l'esprit de son siècle, Galien recueillait de toutes parts des préparations contre chaque maladie et il en acheta plusieurs à un très haut prix. Pour voir ou pour se procurer certaines substances, il déploya toute son activité, c'est ainsi que pour trouver le jayet, il côtoya tout le littoral de la Lycie, dans un petit bateau et au péril de sa vie. Il se rendit à Chypre pour y connaître certains métaux; en Palestine, pour l'asphalte et l'arbrisseau produisant un baume; à Lemnos, pour y voir préparer la terre sigillée, et il put se convaincre qu'on n'y mêlait pas de sang, contrairement à l'opinion vulgaire.

Vous avez, Messieurs, une idée de Galien, vous pouvez porter un jugement en connaissance de cause; vous regardez, j'en suis sûr, le médecin de Pergame comme un des hommes les plus remarquables de l'antiquité.

Galien, commentateur et encyclopédiste, a résumé le savoir médical des anciens; il a été comme l'écho de toute la médecine grecque. Dans le système galénique, il y a des solutions pour tous les problèmes, on trouve expliqué longuement, trop longuement, ce qui ne pouvait être compris et cette manie a fait gonfler encore ses nombreux et volumineux traités.

La théorie des quatre humeurs et des quatre qualités premières a résolu toutes les difficultés. De subtilités en subtilités, le fond de vérité disparaît trop souvent au milieu d'une critique acerbe, d'une fausse humilité envers Hippocrate et du rabaissement des contemporains. Mais que d'observations précieuses lorsque Galien n'a pas sur les yeux le bandeau des idées préconçues; quand il regarde, sans parti pris, la nature en face, il voit juste et il dit vrai.

(A suivre.) Professeur LABOULBÈNE.

parenchymes, survient dans la variole par le même mécanisme et avec d'autant plus de rapidité que les organes, le sang et les capillaires sont plus altérés, le poison variolique plus actif et la fièvre plus intense. De là, probablement, les diverses variétés que l'on constate dans cette affection : hémorrhagie générale d'emblée, avant même l'apparition des pustules; hémorrhagies contemporaines des pustules; hémorrhagies postérieures aux pustules, bornées à celles-ci ou généralisées à la peau, aux muqueuses et aux parenchymes.

Je ne veux pas dire que tous les cas de variole hémorrhagique aient cette origine. Jusqu'à plus ample informé, il faudra encore admettre que dans certaines épidémies la force du virus variolique est plus grande que dans d'autres, que ce virus pourra en s'éliminant par les glandes cutanées et autres, déterminer sur son passage la rupture des capillaires ; il faut bien admettre aussi que, toutes choses égales d'ailleurs, les sujets non vaccinés seront plus gravement atteints que les sujets vaccinés, et seront plus aptes que ceux-ci à contracter la forme hémorrhagique de la variole. Et cependant les faits connus tendent à diminuer beaucoup la part qui revient à ces conditions dans l'étiologie de la variole hémorrhagique.

M. le docteur Leudet, de Rouen, qui depuis 1845 a fait le relevé de toutes les épidémies de variole qui se sont montrées dans son département, nous a dit que, quelle que fût l'intensité de l'épidémie, le nombre des cas de variole hémorrhagique a toujours été sensiblement le même. Pour lui, l'apparition de la forme hémorrhagique tiendrait aux conditions individuelles.

M. Barthélemy nous paraît mettre un peu trop de restriction dans son opinion sur ce sujet.

« Dans certains cas, dit-il, cette disposition aux hémorrhagies ne saurait être expliquée ni par l'état général, ni par une cause pathologique, ni par une influence dépressive quelconque. Faut-il alors invoquer une manière d'être spéciale de l'organisme qui se trouve d'emblée en état de *minoris resistentiæ*, vis-à-vis du virus variolique? » (Page 129).

M. Cot nous paraît avoir répondu, comme nous le ferions, aux objections précédentes, lorsqu'il dit : « La vaccine, en prévenant les épidémies de variole, restreint l'influence du génie épidémique, et en faisant plus petite la part de la maladie, agrandit d'autant le rôle du malade.

« L'influence des conditions individuelles ressort nettement des diverses observations consignées dans ce travail. En dehors de quelques malades jeunes et vigoureux, chez lesquels rien n'a pu expliquer la forme hémorrhagique de la variole, nous avons à peu près constamment trouvé la raison de cette complication dans des conditions organiques mauvaises.

« Le nombre des cas inexplicables diminuerait sans doute beaucoup, si l'on tenait compte du moral, qui est quelquefois très affecté, et si l'on connaissait mieux les antécédents et les habitudes des malades. Tel individu, qui semble très fort à en juger par sa musculature, est souvent un buveur dont les forces ne tiennent pas ce que promettent les apparences extérieures. Nous croyons que l'alcoolisme est pour beaucoup dans la mortalité de la variole et dans les complications hémorrhagiques. » (Cot, *Des varioles malignes*, thèse de doct., Paris, 1870, p. 12.)

Peut-être conviendrait-il d'admettre une combinaison des différentes causes invoquées pour faire cesser l'incertitude et les contradictions qui règnent encore au sujet de la pathogénie des varioles hémorrhagiques (1), mais nous avons trouvé trop peu de détails dans les observations pour pouvoir étudier convenablement ce point.

Nous avons d'ailleurs recueilli un assez grand nombre de faits qui nous paraissent démontrer sans conteste l'influence de l'altération antérieure de l'organisme et des viscères sur la production de la variole hémorrhagique. Nous nous contenterons donc d'examiner aujourd'hui cette partie de la question.

(1) M. Verneuil, dans sa communication au Congrès de La Rochelle, a admis la combinaison de plusieurs conditions morbides pour expliquer la pathogénie de la gangrène palustre. Il paraît en être de même pour les hémorrhagies varioliques.

Nos faits doivent être rangés en deux catégories, ceux qui ont été suivis d'autopsie et ceux dans lesquels l'autopsie n'a pas été faite. Dans le premier cas, on a trouvé des altérations viscérales que nous croyons avoir été causées par une affection antérieure à la variole; dans le second cas, on ne peut, en l'absence d'autopsie, affirmer l'existence des lésions viscérales, mais on peut l'admettre par analogie avec les observations suivies d'autopsie.

On sait en effet, comme nous l'avons déjà dit, que certaines affections graves, comme l'érysipèle, le paludisme, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, certaines conditions de mauvaise hygiène, comme l'abus des boissons alcooliques et le genre d'alimentation des Esquimaux, et à côté d'elles la tuberculose, le paludisme, la grossesse, déterminent des altérations plus ou moins profondes et permanentes des viscères. Donc, à défaut d'autopsie, il n'est pas illogique d'admettre qu'à la suite de ces états morbides les organes internes sont altérés.

Pour l'érysipèle, par exemple, on connaît bien les relations qui existent entre cet exanthème et les affections rénales et cardiaques. Que l'érysipèle soit causé par le mal de Bright ou par une affection du cœur, ou qu'il s'accompagne d'albuminurie passagère, qu'il soit en un mot cause ou effet, il n'en est pas moins vrai que l'albuminurie a souvent été constatée dans le cours et à la suite de l'érysipèle. On est autorisé à croire qu'un sujet convalescent d'érysipèle de la face n'a pas le cœur ou les reins, pas plus que le sang ou les urines, dans un état d'intégrité parfaite; si donc il contracte la variole à cette période, il est probable qu'il aura une variole grave, confluente ou hémorrhagique.

Telle est la première observation rapportée dans la thèse de M. Cot (p. 15).

Obs IV. — Homme de 45 ans, de bonne santé habituelle, convalescent d'un érysipèle de la face depuis une quinzaine de jours. A la suite d'un bain froid, frisson, puis prodromes habituels de la variole. Le troisième jour, injection des téguments; le quatrième jour, ecchymoses plus ou moins marquées aux conjonctives et sur tout le corps; pétéchies, crachats sanglants; hématuries.

Le même jour, mort subite dans un accès d'étouffement.

Pas d'autopsie.

(La suite dans un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Desnos, Dumontpallier, Hayem et E. Vidal, pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

2° Une note sur un cas de léthargie, par M. de Bonadoux.

—

M. le Secrétaire perpétuel lit, au nom de M. Barthez, empêché d'assister à la séance, une note sur le traitement de la fièvre typhoïde, chez les enfants, par le sulfate de quinine à haute dose.

Cette dose est de 1 gramme 25, pour les enfants de 8 à 15 ans. On la donne dans 80 grammes d'infusion de café noir, en quatre fois : deux le matin, à deux heures d'intervalle; et deux le soir, également à deux heures d'intervalle. Cette dose est administrée pendant deux, trois ou quatre jours consécutifs. M. Barthez n'a jamais observé d'effets nuisibles à la suite de cette médication. Celle-ci ne doit pas, du reste, être instituée dans tous les cas de fièvre typhoïde; il faut choisir ces cas. C'est principalement dans ceux à forme méningitique tuberculeuse que M. Barthez a obtenu les plus remarquables succès de cette médication. Toutes les fois que chez un enfant, la fièvre typhoïde, arrivée à la fin du premier septénaire ou au commencement du second, se présente avec des caractères tels que le diagnostic peut hésiter entre elle et la méningite tuberculeuse, alors se pose l'indication du traitement par le sulfate de quinine à haute dose. Dans les heureux effets de ce traitement, il faut également

faire entrer en ligne de compte l'influence de l'infusion de café donnée à la dose de 40 à 80 grammes par jour, pendant trois ou quatre jours.

—

M. Luys présente, de la part de M. le docteur Auguste Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre, un volume intitulé : *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.* Dans cet ouvrage, dit M. Luys, est présenté avec un remarquable talent l'exposé de l'état actuel de la science des maladies mentales et nerveuses, au double point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie, la mort de M. le docteur Lambron, membre correspondant national à Luchon.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la quatrième division.

La commission présente : En première ligne, M. Garreau (de Lille) ; — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Andouard et Husson.

Le nombre des votants étant de 55, majorité 28, M. Garreau obtient 47 suffrages, M. Andouard 6, M. Husson 2.

En conséquence, M. Garreau ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la quatrième division.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Bouchardat, résumant la première partie de son discours, dit que si la fièvre typhoïde va toujours en augmentant à Paris, la cause en doit être attribuée à l'encombrement, ainsi que l'a très bien exposé M. Jules Rochard. L'encombrement des logements habités par les ouvriers n'a cessé d'aller en augmentant dans ces dernières années par suite de l'appel incessant des ouvriers étrangers, attirés à Paris par les travaux de démolition et de reconstruction. Or, ces ouvriers sont généralement des jeunes gens venus des petites villes, des villages, de la campagne, c'est-à-dire non *acclimatés* aux ferments de la fièvre typhoïde soit par une atteinte antérieure de la maladie, soit pour avoir éprouvé une de ces formes atténuées, que l'on désignait autrefois sous le nom de fièvre synoque, et qui ne sont en réalité que des formes bénignes de la fièvre typhoïde. Ce sont surtout les enfants qui présentent souvent ces formes peu graves de la maladie qui n'en confèrent pas moins l'immunité pour cette maladie, immunité sinon absolue du moins relative.

Malgré le nombre heureusement grand des cas légers, l'épidémie actuelle a présenté une gravité numérique exceptionnelle, accusée non-seulement par le chiffre élevé des victimes, mais par d'autres indices tels que le nombre considérable des enfants atteints, et surtout par le grand nombre de Parisiens qui, bien qu'acclimatés, n'ont pas été épargnés.

Le nombre des cas intérieurs a été, heureusement, relativement peu considérable dans les hôpitaux. Les médecins, les internes, les externes, les élèves, les sœurs, les surveillantes, les infirmiers n'ont heureusement fourni qu'un contingent très faible à l'épidémie, et cela parce que presque tous étaient acclimatés.

Si pendant longtemps la contagion de la fièvre typhoïde n'a pas été admise par les médecins de Paris, tandis qu'elle l'était par les médecins qui pratiquaient dans les campagnes, M. Bouchardat l'attribue à ce que dans Paris, le ferment morbide trouve des acclimatés en nombre beaucoup plus considérable que les non-acclimatés, tandis que, dans les campagnes isolées, le terrain est, pour ainsi dire, vierge de tout ferment morbide.

A Paris tous les quartiers ont été successivement atteints avec plus ou moins d'intensité ; l'épidémie a eu ses deux points extrêmes d'*hypogée* et d'*apogée*, le premier au printemps, le second à la fin de l'été et au commencement de l'automne, ce qui par le départ, en hiver, des ouvriers acclimatés, s'explique par leur retour au printemps avec de jeunes ouvriers non acclimatés, lesquels ne tombent malades que dans les six premiers mois qui suivent leur arrivée. L'époque de l'hypogée de la fièvre typhoïde coïncide à Paris avec la diminution du nombre des acclimatés; la maladie reprend sa période ascendante de trois à six mois après l'arrivée des ouvriers ruraux.

De la cause de l'épidémie qui réside dans l'encombrement, M. Bouchardat déduit le remède, c'est-à-dire l'ensemble des moyens prophylactiques et curatifs à employer contre la maladie

Il passe successivement en revue :

1° La nécessité de l'acclimatement pour ceux qui doivent vivre dans de grands centres où le ferment de la fièvre typhoïde existe en permanence;

2° L'opportunité de la dispersion pour les non-acclimatés quand survient une épidémie

3° L'opportunité pour les Parisiens, pour ceux qui sont destinés à passer leur vie dans la grande ville, de subir, dès le jeune âge, l'influence du ferment typhoïdique ;

4° L'indication des diverses médications dirigées contre la maladie : frictions mercurielles comme moyen parasiticide de premier ordre, le ferment se trouvant dans les taches lenticulaires rosées; culture du ferment de la fièvre typhoïde recueilli dans les papules rosées lenticulaires, inoculation de ce ferment atténué par la culture ou vaccination typhoïdique dont M. Bouchardat demande de tenter l'essai d'abord sur les animaux ; emploi utile d'autres médicaments parasiticides, tels que l'acide phénique et le salicylate de soude qui peuvent agir d'une autre manière en déterminant la défervescence fébrile; enfin, et surtout, traitement hygiénique; alimentation bien dirigée ; substituer à la diète obstinée d'autrefois : bouillon, lait; soins de propreté, lotions d'eau vinaigrée qui contribuent à provoquer l'abaissement de la température, en même temps qu'elles maintiennent le bon état de fonctionnement de la peau, aeration avec l'air frais quand on n'a pas à redouter les complications pulmonaires; enfin le traitement hygiénique de la fièvre typhoïde ne doit pas s'appeler expectation; il faut, pour le bien diriger, une continuelle vigilance afin de le modifier d'une façon opportune suivant la gravité de la maladie et les effets obtenus.

Pour soigner parfaitement par cette méthode un malade atteint de fièvre typhoïde, il faut le génie médical.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'ACTION ANESTHÉSIQUE ET DIURÉTIQUE DE L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS,

Par le docteur Ducasse.

L'action anesthésique et diurétique des stigmates de maïs a été signalée en 1879. Mais en comparant les résultats que j'ai obtenus avec ceux qui ont été indiqués depuis cette époque, il ne me semble pas qu'on ait suffisamment insisté sur cette double action.

Pris sous forme d'extrait ou de sirop d'extrait, de façon à se rendre compte du dosage qui doit être de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour d'extrait, les stigmates de maïs calment beaucoup mieux que tout autre moyen les douleurs de la cystite chronique, de la gravelle et de la colique néphrétique, en même temps qu'ils favorisent, dans les deux derniers cas, l'expulsion des graviers.

Cette action anesthésique est même tellement manifeste que je serais surpris si on ne venait point à découvrir un jour ou l'autre, dans les stigmates de maïs, quelque alcaloïde possédant une action anesthésique spéciale, sur les voies urinaires.

Dans la colique néphrétique notamment, alors que les injections de morphine ne suffisent pas à endormir la douleur et le malade, le sirop de stigmates de maïs la rend très tolérable, et la miction ne tarde pas à s'effectuer, entraînant avec elle une quantité de graviers infiniment plus considérable qu'on ne l'observe habituellement. Et si on continue le médicament d'une façon d'abord soutenue, puis intermittente, on voit rarement les accidents revenir. C'est en un mot le meilleur préventif de la gravelle et de la colique néphrétique. Dans la cystite aiguë, l'effet anesthésique ne se produit pas, sans doute parce qu'il y a là un élément inflammatoire qui s'accommode mal d'un modificateur de la muqueuse.

Quant à l'action diurétique, niée par beaucoup de médecins, je crois que les insuccès n'ont tenu qu'au mode d'administration ou à la qualité des stigmates, et je partage complètement, pour en avoir eu la preuve bien des fois, l'opinion de M. le docteur Landrieux, médecin des hôpitaux de Paris, qui terminait un travail sur ce sujet par les conclusions suivantes :

1° Non-seulement les préparations diverses de stigmates de maïs sont utiles comme agent modificateur des sécrétions des voies urinaires, mais ces mêmes préparations peuvent être également considérées comme un *agent diurétique* incontestable ;

2° La diurèse s'obtient rapidement et dans l'espace de trois à quatre jours, l'augmentation des urines devient évidente et considérable ;

3° Les effets diurétiques s'observent non-seulement dans les maladies des organes de l'excrétion urinaire, mais aussi dans les perturbations apportées à la circulation sanguine (maladies du cœur et des vaisseaux) ;

4° Le pouls se régularise, la tension artérielle augmente, alors que la tension veineuse diminue ;

5° Le médicament n'exerce aucune perturbation, soit sur le système nerveux, soit sur les fonctions du tube digestif;

6° La tolérance pour ce médicament est complète, absolue, et la médication, dans les maladies chroniques, peut être continuée sans inconvénient pendant un mois, six semaines, ainsi que cela résulte de mes observations.

Je n'ai pas expérimenté le muguet, autour duquel on fait depuis quelques temps beaucoup de bruit, mais je doute qu'il vaille mieux, au point de vue diurétique, que les stigmates de maïs.

Je pourrais à l'appui citer de nombreuses observations, mais je serais entraîné trop loin, et je crois en avoir assez dit pour encourager les confrères qui me liront dans la voie d'une expérimentation qui certainement leur donnera de beaux résultats.

JOURNAL DES JOURNAUX

La tétanie et l'excitabilité mécanique des nerfs périphériques, par F. SCHULTZ. — L'excitabilité musculaire à la suite de la percussion de certains troncs nerveux et de certaines masses musculaires, s'observe en dehors de tout état pathologique. Mais ce phénomène est pour ainsi dire constant et très exagéré dans la tétanie; il est la caractéristique de cette affection, bien qu'il ait été noté à un moindre degré, d'ailleurs, dans un cas de gliome de la moelle, par l'auteur, et par Erle dans un fait de paralysie bulbaire. Il ne doit pas être confondu avec l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de Charcot, apanage de l'hypnotisme, et qui se rapporte d'ailleurs à des contractures et non à des spasmes cloniques. Ici, en effet, ce sont de véritables contractions musculaires réalisées instantanément à la suite de l'excitation mécanique d'un tronc nerveux, choc, percussion, tiraillement.

Cette excitabilité musculaire fait partie intégrante de la maladie à ce point qu'elle peut seule exister avant l'apparition de toute attaque tétanique, qu'une cause occasionnelle quelconque, maladie aiguë, blessure, effort, fait ensuite éclore. Dans certains cas, la compression d'un tronc artériel aboutirait au même résultat par le fait de l'anémie, sans doute; car chez un des malades de Schultz, l'élévation du bras donnait lieu à une attaque.

L'auteur est donc porté tout naturellement à faire, de la tétanie, une affection des nerfs périphériques. Cette excitabilité musculaire mécanique n'a pas une origine centrale; si, par exemple, on avait affaire à une poliomyélyte antérieure, ou à une sclérose latérale, on devrait obtenir une exagération du reflexe rotulien, ce qu'on n'observe pas. La fréquence de la paresthésie indique bien une lésion des nerfs mixtes. La galvanisation des membres ou de la moelle n'a donné aucun résultat dans les cas graves. (*Deut. med. Woch.* 1882, n°s 20 et 21.)

De l'influence des anesthésiques sur les réflexes, par EULENBURG. — Tout au début de l'anesthésie chloroformique, on observe une exagération du réflexe rotulien (chez les chiens et les lapins); puis sa diminution et enfin sa disparition complète. Bien plus tardive est l'abolition du réflexe cornéen, contemporaine du myosis; le retour du réflexe rotulien est postérieur au rétablissement du réflexe cornéen. Le réflexe nasal survit à tous deux jusqu'au sommeil anesthésique le plus profond. D'après Eulenburg, la disparition du réflexe rotulien signalerait le moment décisif pour l'intervention opératoire.

L'éther exagère considérablement les réflexes isolés, et ne parvient pas à éteindre complètement le réflexe cornéen. Les bichlorures d'éthyline, d'ethylidine et de méthyline abolissent d'emblée, sans exagération préalable, le réflexe rotulien; comme dans l'asphyxie, il disparaît plus tard et fait retour plus tôt que le réflexe cornéen. L'action du bromure d'éthyle est très lente, sans stade d'excitation. Le bromure d'éthylène se comporte comme l'éther; et si son action est plus passagère, c'est vraisemblablement parce qu'il est détruit dans le sang, l'urine décélant, d'ailleurs, la présence du bromure de potassium.

Des expériences parallèles avec les hypnotiques démontrent une fois de plus l'indépendance des centres réflexes et des centres psychomoteurs. Ainsi l'action de la morphine (jusqu'à 0 gr. 50) chez les chiens et les lapins est presque insensible sur les réflexes, et ne modifie en rien la façon dont ils se comportent vis-à-vis des anesthésiques. Cependant l'hydrate de chloral, à part l'excitation première qui fait défaut, n'agit pas très différemment, à cet égard, du chloroforme; et le bromure de potassium provoque l'exagération et amène ensuite la disparition des réflexes.

Dans l'intoxication anesthésique ou hypnotique mortelle, suite d'asphyxie, le réflexe cornéen disparaît aussitôt le réflexe patellaire, et celui-ci immédiatement après l'exophthalmie, la mydriase et la dyspnée convulsive. (*Contralblatt f. de med. Wissensch.*, 1881, n° 6.)

Excision des indurations chancreuses, par OTTMAR ANGERER. — L'utilité de l'excision des

ulcères syphilitiques au début est loin d'être démontrée; mais que dire de la pratique qui fonde quelque espérance sur l'ablation des indurations chancreuses plusieurs semaines même après leur apparition ? C'est à une tentative de ce genre que se rapporte l'observation d'Ottmar Angerer : excision de l'induration d'un chancre, cinq semaines après son début. A la vérité, il y eut réunion immédiate, diminution de l'adénite inguinale, et le malade, confiant dans une guérison absolue, se maria peu après. Mais sa femme eut successivement deux fausses couches qu'on ne peut rapporter qu'à une syphilis latente, car elle n'en présentait personnellement aucun symptôme, le mari ayant seulement un acné suspect et des engorgements ganglionnaires. Ce fait négatif s'ajoute d'ailleurs à tous ceux qui démontrent, presque unanimement, de l'avis même de l'auteur, l'inutilité des excisions chancreuses tardives. (*Berl. Klin. Woch.*, 1882, n° 30.)

R. Longuet.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 24 au 30 novembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,064. — Fièvre typhoïde, 73. — Variole, 11. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 32. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 33. — Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchites aiguës, 34. — Pneumonie, 73. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 45 ; au sein et mixte, 25 ; inconnus, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88 ; circulatoire, 73 ; respiratoire, 78 ; digestif, 47 ; génito-urinaire, 31 ; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 2.

Conclusions de la 48e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,235 naissances et 1,064 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 995, 1,119, 1,002, 1,071. Le chiffre de 1,064 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la Fièvre typhoïde (73 décès au lieu de 79 pendant la 47e semaine).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par Variole (au lieu de 10), 8 par Rougeole (au lieu de 10), 2 par Scarlatine, 3 par Coqueluche (au lieu de 2), 32 par Diphthérie (au lieu de 34), 4 par Érysipèle (au lieu de 7), 3 par Infection puerpérale (au lieu de 2).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (171 malades reçus du 20 au 26 novembre au lieu de 221 entrés pendant les 7 jours précédents), et supérieur pour la Variole (29 au lieu de 22), et pour la Diphthérie (32 au lieu de 30).

Le chiffre des décès par Fièvre typhoïde a, comme on vient de le voir, décru de 6. L'amélioration se poursuit donc, mais avec une lenteur qu'explique le grand nombre de malades encore en traitement dans les hôpitaux (1279 à la date du 26 novembre), et de ceux qui reçoivent des soins à domicile.

A l'exception de la Fièvre typhoïde, les maladies épidémiques demeurent stationnaires. La Diphtérie elle-même, dont les sévices, à cette époque de l'année, augmentent en général d'une façon notable, donne relativement aux années précédentes, un chiffre de décès peu élevé. De la 42e à la 48e semaine, en 1882, la moyenne hebdomadaire des décès causés par cette affection, a été de 32, tandis que pour les dix dernières semaines de l'année 1881, elle n'a pas été inférieure à 50.

En dehors des affections épidémiques, l'examen de ce bulletin montre qu'avec une mortalité générale presque égale à celle de la dernière semaine, on a compté moins de décès par Athrepsie et par maladies du système nerveux, tandis qu'au contraire, les diverses affections des voies respiratoires ont fait plus de victimes.

Dr Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Manifestation confraternelle. — Une commission de médecins, pharmaciens et vétérinaires de Belgique ouvre, sous les auspices de la *Fédération médicale belge*, une souscription en vue d'offrir un objet d'art à M. le docteur Festraests, directeur du *Scalpel*, pour le remercier des services qu'il a rendus depuis trente-cinq ans au corps médical. Le prix de la souscription est de 3 francs (6 francs, banquet compris). Adresser l'avis de souscription à M. Victor Sondron, comptable de la *Caisse des pensions du corps médical belge*, 50, rue du Collège, à Ixelles-Bruxelles. (*Gaz. hebdom.*)

Crémation. — M. Casimir Périer. en son nom et au nom de ses collègues, parmi lesquels nous remarquons les noms de MM. Gambetta, Liouville, Martin Nadaud, etc., vient de déposer à la Chambre des députés la proposition de loi relative à la crémation en France :

Art. 1. — Tout citoyen pourra, par acte de dernière volonté, décider que son corps sera soumis à la crémation, au lieu d'être inhumé dans les conditions usitées jusqu'à ce jour. A défaut de l'expression de la volonté personelle, toute famille ou toute personne qualifiée à cet effet aura le droit de faire procéder à la crémation du corps de la personne décédée.

Art. 2. — En cas d'opposition fondée sur quelque motif que ce soit, il sera statué dans les 24 heures par le juge de paix du domicile, lequel pourra, soit ordonner qu'il sera sursis, soit ordonner l'inhumation provisoire, jusqu'à decision définitive.

Art. 3. — En cas de dénonciation de crime ou d'action directe exercée par le ministère public, il devra être procédé à l'autopsie, aux frais de qui de droit, préalablement à la crémation et, sur le refus des intéressés, en l'absence d'une décision judiciaire, l'inhumation aurait lieu.

Art. 4. — Un règlement d'administration publique déterminera toutes les conditions de constatation préalable, d'ordre et de police auxquelles devra être subordonné l'exercice du droit accordé par la présente loi.

Art. 5. — Sont abrogées toutes les dispositions légales antérieures contraires à la présente loi.

Nécrologie. — *La famille Séguin.* — Une affreuse nouvelle nous arrive d'Amérique. Le docteur Séguin, né en France, etabli à New-York, mort récemment, avait laissé une femme et trois enfants, dont une fille très jeune encore. Mme Marguarett Séguin, sans motif connu, les a tués tous trois à coups de pistolet, et s'est tuée ensuite. Elle avait bandé les yeux de ses enfants et leur avait attaché les mains derrière le dos, sous prétexte de les faire jouer à *cache-cache*, et c'est dans cette situation qu'elle leur a donné la mort. (*Gaz. hebdom.*)

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Sont proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1881-1882 :

Médecine. — Élèves de première année. — Premier prix : M. Chopard (Emmanuel); deuxième prix : M. Mouret (Pierre).

Élèves de deuxième année. — Premier prix : M. d'Aurelle de Paladines (Marc-Louis-Adolphe) deuxième prix : M. Pardoux (Louis-Georges).

Élèves de troisième année. — Prix unique donné par M. le docteur Nivet (médaille d'argent et livres), M. Maurin (Jean-Marie-Émile).

Prix des Hospices, accordé aux internes qui ont montré le plus de zèle dans les soins donnés aux malades, partagé entre MM. Fournial (Louis-Marie) et Maurin (Émile).

Prix Fleury (médaille de vermeil et livres), donné à l'élève qui a recueilli le plus grand nombre d'observations cliniques, M. Maurin (Émile); mention honorable : M. Fournial (Louis).

Prix Renoux (Hyppolyte), donné à l'élève qui a le mieux rédigé les cours : M. d'Aurelle de Paladines (Marc-Louis-Adolphe); mention honorable : M. Pardoux (Louis).

Pharmacie. — Prix unique donné par M. Nivet (médaille d'argent et livres), M. Citaire (Hippolyte).

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 9 décembre 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Élections pour le renouvellement du bureau de 1883. — 2° Continuation de la discussion sur les rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis. — 3° Note de M. Delefosse, intitulée : Quelques réflexions sur la lithotritie rapide pratiquée par M. le docteur Bigelow. — 4° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — ypographie Félix Maltestе et Ce, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

DES ALTÉRATIONS PRODUITES PAR LE DISTOMA HÆMATOBIUM DANS LE GROS INTESTIN ET DANS LES VOIES URINAIRES ;

Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 mai 1882,

Par le docteur DAMASCHINO, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Laënnec.

Messieurs,

M. le docteur Zancarol, médecin à l'hôpital grec d'Alexandrie a communiqué à notre Société un travail (avec pièces anatomiques et dessins à l'appui) sur les altérations produites sur le gros intestin et les voies urinaires par le distoma hæmatobium. Le travail de notre distingué confrère ayant un intérêt tout particulier au point de vue nosologique et anatomo-pathologique, je désire donner quelques développements au rapport que je suis chargé de vous présenter.

Vous savez, Messieurs, que la faune helmintologique de l'Egypte est d'une très grande richesse et offre un intérêt tout spécial pour le pathologiste. Indépendamment des vers intestinaux vulgaires, et notamment du tænia qui s'y rencontre assez souvent, quoique moins fréquemment qu'en Abyssinie, on observe l'ankylostome duodénal dont M. Zancarol vous soumet un double exemplaire (mâle et femelle). C'est par la présence d'un nombre considérable de ces helminthes dans le duodénum que l'on explique aujourd'hui le développement de certaines anémies graves, telles que l'anémie d'Egypte et du Saint-Gothard. Il semblerait même, si les recherches toutes récentes de M. Perroncito recevaient par la suite une démonstration définitive que l'on pût y rattacher une affection, dont jusqu'à ce jour la pathogénie a été des plus obscures : je veux parler de l'anémie des mineurs.

FEUILLETON

CAUSERIES

SOMMAIRE. — Hippocrate a-t-il défendu de tailler les calculeux? — Un bon conseil de M. Legrand du Saulle aux jeunes médecins. — Comment M. Gambetta aurait pu être paralysé. — Quelques coquilles littéraires et métallurgiques.

Hippocrate a-t-il défendu, oui ou non, de pratiquer la taille ? La traduction du serment qui se trouve dans toutes les éditions françaises, en particulier à la fin des thèses inaugurales de Montpellier, cette traduction dit oui. M. le docteur Deshayes, ancien interne des hôpitaux de Paris, a consacré une partie des loisirs que lui laissait sa clientèle d'Orléans à revoir la question, et il est arrivé à une conclusion toute contraire. Dans une petite brochure pleine de bonne érudition (*Contribution à l'histoire de la taille et de la castration*, Orléans, 1882), M. Deshayes donne de bonnes raisons à l'appui de sa manière de voir.

Cette brochure a été rédigée à l'occasion d'un travail d'un autre praticien d'Orléans, M. le docteur Charpignon ; celui-ci s'est efforcé de démontrer que le texte grec du serment d'Hippocrate, à l'endroit où l'on croit généralement voir la défense de la taille, ne signifie pas littéralement « je ne couperai pas les calculeux », mais bien, mot à mot : « Je ne couperai personne, pas même ceux qui auraient la pierre. » Traduction qui, nous apprend M. Deshayes, a reçu la haute approbation d'un helléniste distingué, M. Bailly, que je n'ai pas l'honneur de connaître. Malgré cette haute approbation, M. Deshayes n'a pas craint de s'élever contre l'ex-

Le travail de M. Zancarol est principalement basé sur deux faits, types d'altérations déterminées par le distoma hæmatobium. Ce trématode, comme son nom l'indique, est un parasite des vaisseaux sanguins ; on le rencontre chez l'homme dans les veines de l'abdomen, et en particulier dans celles de la vessie et du gros intestin. Le mâle beaucoup plus gros, mais moins long que la femelle, est remarquable par l'existence à sa face ventrale d'une sorte de canal disposé en forme de gouttière, et dans l'intérieur duquel est reçue la femelle pendant l'acte de la copulation, d'où la dénomination de canal gynécophore qui lui est donnée. Cette disposition, absolument exceptionnelle, ne se rencontre dans aucune autre des espèces du genre Distome. Aussi, est-ce l'une des raisons pour lesquels Cobbold a proposé de séparer ce trématode des distomes et d'en faire un genre à part sous le nom de Bilharzia, en l'honneur de l'observateur qui l'a découvert. Sans entrer ici dans des détails de zoologie que vous trouverez complètement exposés dans le beau Traité de M. Davaine et surtout dans celui de Cobbold, je vous signalerai seulement chez ce parasite la présence de deux ventouses ; l'une d'elles est située à l'extrémité orale, et l'autre vers la fin du quart antérieur du corps. Ces deux ventouses permettent à l'helminthe de se fixer, et probablement aussi de se mouvoir à la façon des sangsues sur les parois des vaisseaux ; on comprend par suite, comment il se fait que ce distome reste dans les veines du petit bassin, et ne soit pas entraîné par le courant sanguin. On n'a du moins jamais signalé jusqu'à ce jour le développement d'embolies produites par ce mécanisme.

Suivant que la Bilharzia adulte habite les veines mésaraïques ou au contraire les plexus vésicaux, les altérations produites siègent sur le gros intestin ou les voies urinaires. M. Zancarol a mis sous vos yeux une des pièces anatomiques les plus remarquables qui aient été recueillies jusqu'à ce jour et sur laquelle vous constaterez, à un très haut degré de développement, les graves lésions déterminées par ce trématode sur le gros intestin. Vous pouvez voir, en effet, que la surface muqueuse est littéralement hérissée d'une foule de saillies mamelonnées, rapprochées les unes des autres, qui donnent à l'organe une apparence tout à fait caractéristique. Ces saillies, très volumineuses pour la plupart, ont l'aspect d'appendices polypiformes, dont la longueur atteint et dépasse parfois un centimètre à un centimètre et quart. Le point d'implantation est en général évasé ; mais vers le milieu de l'excroissance, on rencontre fréquemment une sorte d'étranglement, de telle sorte que l'extrémité libre, renflée en massue, mesure environ 6 à 8 millimètres de

---

plication médicale que M. Charpignon a cru devoir donner de sa traduction. Dans son travail, après avoir critiqué cette interprétation du docteur Charpignon, M. Deshayes oppose des arguments nombreux, d'ordre médical et historique, à ajouter à ceux d'ordre littéraire, aux écrivains qui admettent qu'Hippocrate à défendu l'extraction des pierres vésicales.

L'explication de la traduction littérale « je ne couperai personne, pas même ceux qui auraient la pierre » devient très simple, si on remplace « couperai » par le mot « châtrerai » et voici pourquoi. Les eunuques étaient considérés autrefois comme à l'abri de certaines maladies, parmi lesquelles la pierre figurait à côté de la goutte, de la calvitie, de la lèpre, etc. On a donc pu songer à guérir ces maladies, et surtout la plus cruelle de toutes, la pierre, par la castration. Mais Hippocrate a vu là un grave abus thérapeutique et il l'a proscrit solennellement, comme on a proscrit plus tard l'abus analogue qui consistait à châtrer les hommes pour les guérir ou les préserver des hernies scrotales ; comme on a proscrit il y a quelques lustres l'abus de la clitoridectomie en Angleterre en chassant son auteur des Sociétés savantes de Londres, etc.

L'utilité de rappeler ce passage du serment d'Hippocrate à tous les jeunes médecins au moment de leur entrée en fonctions n'était pas superflue, car il suffit de parcourir la brochure intéressante de M. Deshayes pour trouver des exemples frappants de l'abus de la castration dans les cas qu'il indique. Nous nous rangeons donc volontiers à son avis touchant l'interprétation qu'il faut donner à la défense contenue dans le serment.

Quant à son contradicteur et à lui-même, nous ne pouvons que les féliciter d'avoir soulevé de nouveau cette question, qui nous a valu deux travaux remplis d'intérêt. C'est là la vraie bonne manière de travailler à la décentralisation scientifique.

***

large, à peu près comme la base de la production morbide. La surface de ces mamelons semble légèrement villeuse et, dans certains points, notamment lorsque les saillies sont de dimensions moyennes, elle paraît, surtout à la loupe, comme criblée de petits orifices; çà et là existent aussi quelques rares excroissances de très petit volume, disséminées sur toute l'étendue de l'intestin. Comme le fait remarquer M. Zancarol, on trouve réunies dans ce cas les deux formes verruqueuse et granuleuse décrites par le docteur Sonsino.

La muqueuse intestinale dans l'intervalle de ces productions morbides est tantôt d'aspect à peu près normal, tantôt au contraire lisse et comme vernissée ; sur cette pièce qui a longtemps séjourné dans l'alcool, on peut se convaincre par un simple examen à l'œil nu, qu'il a dû exister sur ces derniers points une perte de substance avec ulcération guérie et remplacée par une cicatrice.

Si l'on vient à râcler avec un scalpel la surface de section d'une de ces productions polypiformes ou bien encore celle de la muqueuse intestinale elle-même, on recueille une sorte de bouillie que l'on peut alors dissocier dans l'eau. L'examen microscopique y fait voir des corps oviformes à surface lisse et contenu granuleux : ce sont des œufs de Bilharzia, reconnaissables à la présence d'une sorte d'épine latérale disposée sur l'un des côtés seulement, vers l'extrémité la plus renflée. Cette particularite, caractéristique des œufs déposés dans la muqueuse intestinale, ne se rencontre qu'à titre tout à fait exceptionnel sur les œufs recueillis dans les voies urinaires. Sur ces derniers, l'épine est terminale et se trouve à l'extrémité la plus effilée.

Pour se rendre un compte exact des altérations anatomiques, il est nécessaire de pratiquer au niveau des saillies polypiformes de larges coupes comprenant toute la muqueuse avoisinante et les diverses tuniques du gros intestin. Il est alors facile de constater que les œufs du Distome occupent principalement l'épaisseur de la sous-muqueuse dans l'intérieur de laquelle ils constituent des amas considérables, visibles à l'œil nu : ces amas se montrent sous l'apparence de traînées miroitantes, lorsqu'on examine les coupes à la lumière oblique.

Ces traînées qui, je le répète, sont visibles à l'œil nu, mesurent jusqu'à un millimètre et quart d'épaisseur et se prolongent au milieu même des excroissances morbides. On rencontre, en outre, disséminés dans la muqueuse elle-même, entre les glandes tubuleuses ou plus rarement dans leur cavité, un certain nombre d'œufs. En certains points, ces œufs sont un peu plus nombreux et disposés le long d'une

---

Après cette question de déontologie qui date des temps les plus reculés, nous parlerons d'une autre que vient de traiter notre vénérable confrère, M. Legrand du Saulle. Plus d'un jeune médecin lira avec profit les conseils renfermés dans la consultation suivante, écrite par un de ceux qui ont honorablement blanchi sous notre harnais.

Le médecin peut-il recevoir d'un mourant un pli cacheté ou des objets destinés à une personne tierce ? Voici comment répond à cette question M. Legrand du Saulle. dans le *Courrier médical* :

« Un médecin doit s'immiscer le moins possible dans les affaires privées de ses malades. Son rôle est nettement défini, et je ne crois pas qu'il soit possible d'y faire rentrer la mission de remettre à un tiers des objets reçus de la main d'un mourant.

Il y a quelques jours à peine, un honorable confrère s'est trouvé mêlé à une aventure un peu romanesque. Il a été, selon toute apparence, un messager de paix et de pardon *in extremis*; puis, sous une forme déguisée, il a reçu une rémunération insolite. En réfléchissant à la situation qui lui a été faite, le médecin s'est inquiété, a été pris d'un scrupule et désirerait savoir s'il a bien ou mal agi?

Et d'abord, quels sont les faits ? Le 3 novembre 1882, une dame H..., âgée de vingt-neuf ans, veuve et sans enfants, est morte de phthisie pulmonaire. L'avant-veille, au moment de l'arrivée de son médecin, elle avait éloigné de sa chambre une religieuse et deux femmes à son service. « Voulez-vous me promettre, dit-elle au docteur ***, de me rendre un service immense ? Il y va du repos de ma conscience, de l'honneur de mon nom et du respect de ma mémoire. » Un peu surpris et troublé, le médecin déclara que l'on pouvait compter sur lui, sur son dévouement et sur sa discrétion.

ligne qui va de la surface vers la partie profonde de la muqueuse. Par contre, malgré des recherches multipliées, il ne m'a pas été possible de constater l'existence de ces œufs, ni dans l'épaisseur même des tuniques musculaires, ni dans le tissu sous-séreux qui était fortement chargé de graisse. Je n'en ai pas trouvé non plus dans les replis adipeux de la surface péritonéale de l'intestin.

J'ai pu, en outre, grâce à l'obligeance de M. Zancarol, qui avait mis complètement les pièces anatomiques à ma disposition, pratiquer des coupes sur des ganglions mésentériques situés au niveau du bord adhérent de l'intestin. Il m'a été facile de m'assurer (et vous pouvez vous-même vérifier ce fait sur les préparations et sur les photographies que je vous soumets) qu'il existe des œufs de Distome au milieu même du ganglion. C'est là un point qui n'a pas encore été signalé jusqu'à présent, et sur lequel je tiens à insister d'une façon toute particulière. Sur les diverses préparations qui vous sont présentées, vous pourrez également remarquer que les œufs du parasite affectent tous une disposition identique. Dans la sous-muqueuse, leur grand diamètre est toujours parallèle à la surface intestinale; il en est de même dans les productions polypiformes, de telle sorte que sur des coupes perpendiculaires au grand axe de ces dernières, les œufs coupés en travers se montrent sous forme de petits cercles plus ou moins serrés les uns contre les autres.

L'examen histologique fournit des notions importantes sur la constitution des productions polypiformes et des lésions du côlon lui-même. Sur les larges préparations comprenant une ou deux saillies morbides et les portions attenantes des tuniques intestinales, on peut voir même à l'œil nu que la muqueuse, partout épaissie, constitue en grande partie les excroissances pathologiques, auxquelles elle forme une sorte de gaîne dans l'intérieur de laquelle pénètre une mince couche de tissu sous-muqueux : cette disposition est tout à fait analogue à celle des villosités de l'intestin grêle. Le point le plus remarquable est, sans contredit, le développement excessif des glandes en tube. Ces glandes qui, à l'état normal, ont une longueur moyenne d'un demi-millimètre, atteignent, à la surface des productions morbides, 2, 3 millimètres et jusqu'à 3 millimètres 1/2 de longueur; quant à leur diamètre transversal, il mesure jusqu'à 0mm,06 et même 0mm,08, de telle sorte que l'on peut apercevoir, même à l'œil nu, les tubes glandulaires qui, sur les coupes longitudinales, affectent une disposition radiée très remarquable ; sur les coupes transversales, ces tubes sont disposés à la façon des rayons d'une roue, dont la sous-muqueuse consitituerait le moyeu.

La malade sortit alors de son lit un petit paquet ficelé et cacheté à la cire, portant ces mots : *A remettre aussitôt après ma mort.* Elle donna ensuite de vive voix le nom et l'adresse du destinataire, les fit écrire sur l'agenda du docteur *** et essaya de vérifier *de visu* s'il n'y avait point eu erreur

« Voici enfin une lettre, ajouta-t-elle, qui renferme des instructions particulières ; elle vous est adressée, mais vous ne pourrez l'ouvrir que huit jours après ma mort. L'acceptez-vous ? »
— Oui, répondit le médecin.

Aussitôt après le décès de Mme H..., le docteur *** remplit de son mieux la mission mystérieuse, délicate et grave, qui lui avait été confiée. Huit jours après, il décachetait la lettre qui lui était adressée, y trouvait un portrait carte et trois billets de banque de cinq cents francs chacun, avec ces deux lignes non signées : « A remettre à Marie ***, le jour de son mariage.»

Or, Marie *** est la fille du médecin et elle a huit ans et demi.

Deux choses très différentes sont ici à examiner ; la remise du dépôt cacheté et la remise de la lettre.

Le dépôt cacheté était un don manuel. Indépendamment de lettres et de papiers d'affaires, ne renfermait-il pas des billets de banque ou des titres au porteur? On ne le saura jamais. S'il est vrai que le don manuel *in articulo mortis* soit valable, lorsque le donateur est sain d'esprit et lorsque les objets sont remis au destinataire par l'entremise d'un tiers, c'est à la condition formelle que ce tiers ait mission pour accepter, comme le père pour son fils, le tuteur pour l'interdit, ou qu'à défaut de ces qualités, il soit nanti de la part du donataire d'une procuration par acte authentique. Le docteur *** avait-il mission ? Non.

Si le tiers n'a pas mission pour recevoir, il faut qu'il remette les objets au destinataire avant la mort du donateur, où que le donataire, dûment averti, déclare accepter *alors que le disposant*

Si nous examinons maintenant la muqueuse située dans l'intervalle des productions polypiformes, nous y trouvons des altérations qui sont, je dois le dire immédiatement, celles de la dysentérie chronique; ici, large perte de substance comprenant la totalité de la couche glandulaire; là, développement de petits kystes à contenu muqueux et tapissés plus ou moins complètement d'un épithélium caliciforme; à côté, muqueuse fort épaissie avec glandes en tubes très développées, identiques à celles des saillies polypiformes, mais de dimensions beaucoup moindres. Toutes les tuniques intestinales présentent des traces non douteuses d'un processus phlegmasique à évolution lente. La sous-muqueuse, indépendamment des œufs du distome dont elle est en quelque sorte criblée, est très augmentée d'épaisseur et partout infiltrée d'une grande quantité de petites cellules rondes. Je n'ai rencontré aucun œuf dans les nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques dont la lumière était visible sur les coupes longitudinales ou transversales, et qui cependant n'étaient pas vidés de leur contenu.

Les couches musculaires elles-mêmes sont notamment développées et mesurent jusqu'à 3 millimètres et 3 millimètres 1/2 d'épaisseur, dimension trois fois plus considérable que celles que j'ai pu constater sur un intestin normal.

En résumé, indépendamment des altérations de la dysentérie chronique (lesquelles se montrent sur cette pièce avec les caractères que nous ont fait si bien connaître les remarquables travaux de M. Cornil et de M. Kelsch), il existe sur cet intestin des productions polypiformes dont l'extrême développement n'a pas été, que je sache, encore signalé dans la dysentérie simple. Il semble donc que l'on doive les considérer comme la conséquence directe de la présence même des œufs du distome; toutefois il existe sur ce point un désideratum pour lequel de nouvelles recherches seraient nécessaires. M. Zancarol m'a promis, dès son arrivée en Egypte, de diriger son attention sur ce point; toutefois j'ai comme lui et comme les auteurs (notamment Bilharz et M. Sonsino) qui ont écrit à ce sujet, une tendance à rattacher en grande partie ces altérations intestinales à la présence des œufs du distome. Cette manière de voir est également basée sur des recherches faites par M. Sonsino sur le bœuf : cet observateur distingué a trouvé 35 distomes adultes dans la veine porte d'un bœuf abattu à Zagazig ; la vessie et le gros intestin de cet animal présentaient les lésions superficielles de la forme légère de l'helminthiase. Les objections présentées par M. Panceri et par M. Cobbold sur la question de savoir s'il s'agit bien d'une espèce identique à celle qui habite chez l'homme ne diminue

---

vit encore. Il faut, en un mot, le concours de deux volontés : l'une qui donne, l'autre qui accepte. Dans les trois cas qui viennent d'être admis, les deux volontés existent. Hors de ces conditions, on ne les retrouve plus. Le docteur *** a-t-il remis les objets en temps utile? Non. La malade est morte le surlendemain et notre confrère n'a pu remplir ses engagements que trois jours après l'enterrement de Mme H... Donc, en considérant le dépôt cacheté comme un don manuel, on arrive nécessairement à cette conclusion quc la mission du docteur *** a été un acte entaché de nullité.

La lettre renfermant un cadeau pour le jour éloigné du mariage de la petite fille, a été un indiscutable don manuel. Le père, quoique médecin-traitant, peut-il accepter cette libéralité transmise par la simple tradition, c'est-à-dire de la main à la main? Cela n'est pas douteux. Mme H... laisse une fortune dépassant cent mille francs et elle n'a point substitué le docteur *** comme l'un de ses héritiers. Elle a voulu laisser un petit souvenir, à titre rémunératoire, et elle l'a elle-même remis. Sa libéralité est certainement valable.

En résumé, dans le cas particulier, notre honorable confrère s'est trouvé placé dans des conditions émouvantes et vraiment toutes spéciales. Il a eu le vif désir d'obliger comme homme une malheureuse femme qu'il ne devait pas sauver comme médecin, et en cela, personne ne songera à le blâmer.

Et cependant, il faut bien le dire, *professionnellement*, il a eu tort. — Telle est ma conconclusion. »

Cette reproduction est peut-être un peu longue, mais elle est intéressante et non moins instructive, et nous espérons que ces deux motifs nous vaudront un généreux pardon de la part de nos lecteurs.

point l'importance du fait observé par M. Sonsino. Je dois ajouter d'ailleurs que M. Cobbold lui-même a constaté l'existence du Distoma hæmatobium sur un Cercopithecus fuliginosus (d'Egypte) autopsié au Zoological Garden.

Je serai plus bref sur les altérations morbides constatées sur la seconde pièce, dont M. Zancarol nous a soumis la description. Il s'agit d'un de ces faits, si communs dans certaines contrées de l'Afrique, concernant les altérations des voies urinaires occasionnées par ce même parasite; vous savez, en effet, que l'hématurie endémique d'Egypte ainsi que celle du Cap, doit être rattachée à la présence de deux parasites : le Distoma hæmatobium, qui produit l'hématurie simple; et la filaire du sang humain, à la présence de laquelle il faut rattacher l'hématochylurie. Je suis d'autant plus affirmatif sur ce dernier point, qu'il m'a été possible d'étudier avec mon excellent collègue, le docteur Ferrand, un jeune nègre de Zanzibar atteint de cette curieuse affection : nous avons pu constater l'existence de filaires non-seulement dans les urines sanguinolentes, mais encore dans le sang des capillaires des doigts, recueilli à l'aide de piqûres pendant les heures de la nuit seulement.

L'hématurie simple des fellahs d'Egypte avec ou sans calculs vésicaux, est le fait du Distoma hæmatobium dont les œufs se rencontrent en grand nombre dans l'épaisseur des parois vésicales, et, plus exactement de la muqueuse de la vessie. Il en résulte une cystite chronique avec hypertrophie des tuniques musculeuses qui, dans le fait de M. Zancarol, mesurent jusqu'à 2 centimètres d'épaisseur. Vous pouvez voir, sur les coupes colorées à la purpurine, que le processus morbide consiste bien réellement dans une hypertrophie des couches musculeuses, et non pas dans une simple sclérose. Vous voyez encore que la muqueuse vésicale, épaissie et hérissée de saillies en colonnes, ne contient que par places les œufs du parasite; il s'agissait, en effet, d'un cas très ancien d'helminthiase distomateuse, et les œufs avaient été, en très grande partie, expulsés : presque tous ceux que l'on retrouve dans la muqueuse (et dans la muqueuse seulement), sont remplis de granulations calcaires qui leur donnent un aspect opaque tout particulier; il suffit d'ajouter une goutte d'acide chlorhydrique pour faire disparaître ces granulations qui se dissolvent avec dégagement de gaz.

Une semblable altération se rencontre sur le quart inférieur de l'uretère, mais ici les œufs sont en très petit nombre et ils ont tout à fait disparu à la partie supé-

---

***

On nous signale deux jolies bourdes commises par un immense journal de nouvelle apparition. Voici la première :

« La santé de M. Gambetta n'est pas aussi satisfaisante qu'on aurait pu l'espérer tout d'abord.

La fièvre ne permet pas de panser le malade toutes les fois que son état l'exigerait. Dans ces conditions, la paralysie du bras est à redouter.

Nous croyons toutefois que, grâce aux soins empressés de M. le docteur Lannelongue et des autres médecins de M. Gambetta, ce triste résultat pourra être évité. »

On offre une récompense honnête à celui qui dira pourquoi la fièvre empêche de panser une plaie de l'avant-bras, et pourquoi ce défaut de pansements fait craindre la paralysie du bras. Heureusement pour le blessé, que M. Lannelongue n'a pas peur de la fièvre et qu'il sait se servir comme il faut des ressources qu'offre à tout chirurgien la méthode antiseptique. Ai-je dit que le journal en question était extra-médical?

Pour l'*Évènement*, la paralysie, causée par une blessure du nerf cubital, serait limitée à l'index et au *medium*, d'après l'opinion du docteur Verneuil « chirurgien bien connu. » Ce qui suffit pour prouver que le rédacteur de cet entrefilet ne connaissait pas plus « le docteur Verneuil » que le nerf cubital, car il saurait que l'un n'a pas plus de rapports avec les « cancans » que l'autre avec l'index, et surtout que le *medium*.

***

Voici le second lapsus, à propos de la fonte des objets d'art :

rieure et moyenne de ce conduit. Comment peut-on se rendre compte alors de la dilatation extrême avec épaississement considérable des parois de ce canal constatée sur l'uretère gauche, dans l'observation que nous soumet M. Zancarol, et qui existait aussi chez le sujet dont il a présenté les pièces anatomiques à la Société de chirurgie? Il me paraît très vraisemblable que cette altération morbide est la conséquence de l'obstacle au cours de l'urine dans son passage à travers les parois vésicales : à ce niveau, la lumière du conduit est presque effacée, par suite de l'épaississement de la muqueuse et surtout de la musculeuse très hypertrophiée. Au moment où il pénètre dans la vessie, l'uretère mesure 1 centimètre de largeur et sa cavité a l'apparence d'une simple fente. A droite, l'oblitération est complète au niveau de l'orifice vésical; l'uretère, distendu et aminci, a tout à fait l'aspect d'un intestin de poulet.

La conséquence de cette énorme gêne de l'excrétion urinaire est facile à prévoir. C'est une altération des reins portée à un degré excessif, une véritable hydronéphrose, qui a déterminé des lésions atrophiques dans les deux reins, surtout du côté droit où, en certains points, le parenchyme est réduit à une coque de quelques millimètres d'épaisseur. A gauche, on constate les lésions du rein dit chirurgical.

Après vous avoir fait sommairement connaître les altérations anatomiques déterminées par le Distoma hæmatobium sur le gros intestin et sur les voies urinaires, je dois vous exposer un point encore incertain de cette étude; je veux parler du mode d'introduction et du développement de ce parasite. L'animal adulte a été retrouvé dans les veines mésaraïques inférieures, dans la veine porte et dans les plexus vésicaux; mais par cet habitat peut-on se rendre compte du nombre d'œufs, vraiment prodigieux, qui existe dans l'économie? Ce n'est pas la présence de quelques-uns de ces helminthes qui permettrait de concevoir la dissémination de ces œufs sur toute la surface du gros intestin et de la vessie. Bilharz a décrit un processus qui pourrait, jusqu'à un certain point, expliquer ces faits si curieux : d'après cet auteur, le parasite s'engagerait dans les ramuscules veineux les plus ténus et se livrerait à la ponte de ses œufs, dans une sorte de nid placé à la limite du réseau capillaire; il aurait même constaté la présence de ces parasites à moitié libres à la surface du gros intestin. Ce fait, s'il était contrôlé par de nouvelles observations, permettrait

---

« Les différentes parties de la statue ou de l'objet d'art qu'il s'agit de fondre sont coulées dans des moules de sable, sans aucun mélange de calcaire ni de sel de fer et saupoudrés de poussier de charbon, pour empêcher le métal en fusion d'adhérer aux parois. Quant aux petits objets de fabrication courante, on les obtient par le *moulage en coquilles*. Ces coquilles sont des moules métalliques qui, pouvant servir plusieurs fois, diminuent naturellement le prix de l'opération. La fonte doit être rapide, sans quoi l'étain, qui est plus volatil que les autres composés du bronze, disparaîtrait de l'alliage. Un accident de ce genre faillit arriver à Benvenuto Cellini au moment où il fondait son beau groupe de *Persée et Méduse*. Le feu manquant au brasier, il n'hésita pas à y jeter ce qu'il avait sous la main, une masse de vaisselle d'argent, et le chef-d'œuvre fut sauvé. »

Voyez un peu ce Benvenuto Cellini qui chauffe son feu avec de la vaisselle d'argent! Auriez-vous jamais cru que l'argent fut un combustible?

Si je ne m'abuse, il y a là un étrange amalgame (puisqu'il s'agit de fonte) de deux anecdotes bien connues. Il manquait, en effet, quelque chose à Benvenuto Cellini pour achever son groupe, mais ce n'était pas du feu, car je ne vois pas comment de la vaisselle d'argent aurait pu y remédier. C'était du bronze, et c'est dans le creuset qu'il a jeté quelque chose; l'histoire dit que c'était des statuettes et non de la vaisselle, mais peu importe. Le feu a manqué également à un grand artiste, mais ce n'était pas Benvenuto Cellini, c'était Bernard de Palissy, et ce n'est pas de la vaisselle d'argent qu'il a jetée au feu, car il était sans le sou, mais ses meubles et jusqu'aux chevrons de son toit.

Mais, me direz-vous, cela n'est pas de la médecine. Pardon, il s'agit de coquilles là dedans, et voilà de l'histoire naturelle. Quant à la fonte des métaux, cela rentre si bien dans les sciences accessoires, avec les coquilles, que votre serviteur a été *collé* à son troisième de doctorat pour avoir ignoré les secrets de la préparation industrielle du fer.

Et nunc erudimini! SIMPLISSIME.

d'expliquer le grand nombre des œufs trouvés dans les selles ou dans les urines des malades atteints de cette singulière helminthiase. J'aurais désiré faire des recherches sur le fait annoncé par Bilharz; malheureusement l'état de durcissement de l'intestin et de la vessie, qui avaient séjourné dans l'alcool, ne me l'a point permis; nous avons pu seulement, M. Zancarol et moi, faire l'examen histologique sur des coupes fines où nous n'avons retrouvé aucune trace du parasite adulte.

Cette question sera prochainement étudiée par M. Zancarol, qui se promet d'y consacrer tous ses soins et qui nous communiquera le résultat de ses recherches. J'attire seulement votre attention sur le fait, absolument nouveau, que j'ai pu constater ; je veux parler de la présence des œufs de distome dans les ganglions mésentériques. L'avenir nous fera connaître s'il s'agit d'un habitat tout particulier du parasite dans le système lymphatique, ou bien d'un simple transport de ses œufs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'EXERCICE ILLÉGAL ET L'ASSOCIATION MÉDICALE DE LA GIRONDE.

On n'a pas oublié les énergiques et heureuses tentatives de répression de l'exercice illégal dont le Comité de défense professionnelle de l'Association des médecins de la Gironde avait pris, dans ces dernières années, l'initiative. Au grand bénéfice de la santé publique, les médicastres étaient devenus moins nombreux. Ils avaient perdu leur audace traditionnelle, phénomène physiologique dont vous trouverez les causes occasionnelles dans la perspective de la Correctionnelle, le danger de payer des dommages et intérêts et enfin dans cette crainte salutaire de la Providence, coiffée d'un bicorne et armée d'une latte. *Initium sapientiæ, timor Domini*, le proverbe convenait peut-être aux sages et aux saints du temps passé. Heureux âge d'or de l'humanité, si j'en crois mon histoire. Mais dans notre âge de fer, en fait de Dieu, nos médicastres n'adorent guère que Plutus et redoutent seulement les divinités qui sont éperonnées au talon et bottées à l'écuyère. Puissent nos confrères girondins avoir, comme il est désirable, heureuse chance dans leur chasse au banditisme médical.

Cette œuvre, dont ils poursuivent l'achèvement, si toutefois il existe un terme à l'éternelle sottise humaine, est avant tout une œuvre de propreté. Elle exige assurément de la persévérance; mais Hercule était seul pour nettoyer les écuries d'Augias, et ici, groupés en Association, nos confrères forment une légion !

C'est aux autres Associations locales à suivre l'exemple de leur sœur aînée de la Gironde. Car il ne faut pas l'oublier, la Société de la Gironde est une des plus anciennes associations médicales de notre pays. Espérons donc qu'à Paris, les Sociétés d'arrondissement ne se contenteront plus de discuter platoniquement autour du tapis vert municipal des mairies qui leur donnent asile, s'entendront entre elles et concerteront leurs efforts pour obtenir l'assainissement de l'égout du charlatanisme médical patenté ou non !

Nos félicitations à nos énergiques confrères de Bordeaux, et qu'Esculape continue de les protéger ! — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 décembre 1882. — Présidence de M. Jamin.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. l'amiral Bourgois qui confirme les bons effets de l'huile à la surface de la mer, non pour diminuer les vagues, mais pour supprimer les brisants en s'opposant à la disjonction des particules liquides sous l'influence du vent.

M. Pasteur écrit du pays de Vaucluse, où il est en ce moment, pour dire qu'il a trouvé la cause de la maladie des porcs, maladie qui a fait périr dernièrement dans la seule vallée du Rhône plus de 20,000 de ces animaux. Cette maladie s'appelle le rouge des porcs, et elle est causée par un microbe extrêmement ténu, qui se rapproche, sous ce rapport, du microbe du choléra des poules. Il en diffère par ses propriétés physiologiques, car il est sans action sur les poules ; mais il tue les lapins et les porcs, particulièrement les porcs blancs qui sont considérés comme une race perfectionnée. Après s'être assuré que la maladie ne récidive pas, M. Pasteur a

réussi à inoculer les porcs avec des microbes atténués par la culture, et à rendre, par ce moyen, les porcs, jusque-là indemnes, réfractaires à la contagion.

M. Balbiani adresse une note sur les microsporidées des animaux articulés. C'est un essai de détermination biologique des microbes actuellement connus. M. Dumas fait remarquer à ce propos que M. Pasteur, en raison de leur petitesse, n'a jamais étudié les microbes que sous le rapport de leurs propriétés physiologiques.

On sait, dit M. Dumas, combien les phosphates sont des corps résistants ; ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'on est parvenu à séparer, par exemple, le phosphore du phosphate de chaux. Eh bien, continue-t-il, M. Riban, par de récentes expériences, bien imprévues, vient de montrer que rien n'est plus facile. Il suffit de chauffer les phosphates avec du charbon et de l'oxyde de carbone, et à faire passer sur le tout un courant de chlore. Il se forme alors, même à basse température, à 200 degrés, du chlorure de phosphore. M. Dumas ajoute que le même procédé permet d'obtenir, à la même température, du chlorure d'aluminium, lorsqu'on opère sur des aluminates au lieu d'opérer sur des phosphates. Cette facilité d'obtenir l'aluminium, dit M. Dumas, étonnera sans doute M. Debray qui sait quels efforts ce résultat a coûtés à M. H. Deville.

M. le baron Larrey donne des nouvelles de M. d'Abbadie qui est parti pour l'hémisphère austral afin d'observer le passage de Vénus sur le soleil. L'infatigable voyageur est arrivé dans de très bonnes conditions à Haïti, et il ne s'est jamais mieux porté.

M. le président annonce qu'il a reçu également de bonnes nouvelles de M. Milne-Edwards ; et M. Tresca, demandant la parole pour présenter un appareil qui permet de noter avec précision l'inflexibilité des tiges métalliques, M. Fremy complimente le savant professeur du Conservatoire dont la santé paraissait ébranlée depuis quelque temps, et qui n'était pas venu aux dernières séances de l'Académie.

M. Dumas présente, au nom de M. Gaston Tissandier, trois beaux volumes illustrés : 1° sur les héros du travail, 2° sur les routes du globe, 3° sur les races sauvages.

M. Gaudry présente, en son nom, un volume sur les animaux primaires, et il lit une assez longue note à ce sujet.

M. le président Jamin se lève, et, pour célébrer les noces d'or de M. Dumas et de l'Académie, il offre, au nom de ses collègues et au sien, à l'illustre secrétaire perpétuel, la médaille en bronze qui a été frappée à l'effigie de M. Dumas. Il retrace ensuite, non sans émotion, la carrière scientifique de son collègue, qui a été son maître.

Lorsque les applaudissements sont calmés, M. Dumas, à son tour, prend la parole, et, d'une voix que fait trembler l'attendrissement, il remercie ses collègues, dont la plupart ont été ses élèves, d'un hommage qui sera pour ses descendants le plus beau des titres de noblesse.

Cette cérémonie a été très touchante, et les deux discours prononcés mériteraient bien d'être mis sous les yeux de nos lecteurs. C'est ce que nous nous proposons de faire si la place nécessaire nous est accordée. — M. L.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine, par Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, etc. Tome II. Grand in-8° de 730 pages. Chez O. Doin, éditeur. Paris, 1881-1882.

Nous sommes en retard pour rendre compte de ce second volume qui se trouve déjà entre les mains de nombreux lecteurs. Mais ce retard n'est qu'apparent, puisque, depuis l'apparition du premier fascicule, en 1878, deux éditions se sont déjà succédé et qu'une troisième est en préparation, avant même la terminaison de l'œuvre. C'est un succès que nous avions prédit en quelque sorte dans les colonnes de l'Union Médicale, lorsque nous disions, dès 1878 (tome XVI[e], page 480), que la thérapeutique, de science fastidieuse et difficile, devenait, avec le livre de M. Dujardin-Beaumetz « une science pleine d'attrait et d'intérêt, puisqu'elle s'appuie sur les données de la clinique. » Aussi l'œuvre de ce savant maître se trouve-t-elle maintenant dans la bibliothèque de l'étudiant, comme dans celle du médecin praticien.

Le tome II, divisé en trois fascicules, comprend le traitement des maladies du foie et des reins, des maladies du poumon, et enfin des maladies de la plèvre, du pharynx et du larynx.

Dans le premier fascicule, après avoir consacré quelques pages à des considérations générales sur le foie, l'auteur passe successivement en revue l'étude des *médicaments cholagogues*, du traitement de la *lithiase biliaire*, de l'*ictère*, des *engorgements et des inflammations du foie*. Pour le rein, nous devons signaler aussi le traitement de la *lithiase urinaire*, de ses complications et des *néphrites*.

Le second fascicule, qui traite des maladies du poumon, renferme des leçons très intéressantes sur l'*aérothérapie*, le traitement de la *pneumonie* avec toutes les indications qui en découlent, des *bronchites aiguës*, du *catarrhe pulmonaire*, de la *coqueluche*, de l'*asthme* et de la *phthisie*.

Enfin le troisième fascicule est consacré au traitement de la *pleurésie* et des *épanchements pleurétiques*, de l'*angine couenneuse* et du *croup*.

La troisième et dernière série des *Leçons de clinique thérapeutique* comprendra le traitement des maladies du système nerveux, des maladies générales et des fièvres.

Nous n'entreprendrons pas de faire un compte rendu détaillé de toutes les parties de cet ouvrage ; il y a des livres qu'on n'analyse pas, des auteurs dont il n'est ni nécessaire ni convenable de louer le travail, la persévérance ou le profond esprit clinique. Le sympathique et savant professeur de l'hôpital Saint-Antoine a droit à toute notre reconnaissance, puisque, dans ces leçons remarquables à tous les points de vue, il a facilité la tâche du médecin, puisqu'il a rendu plus instructive et plus attrayante l'étude de la thérapeutique. Il n'y a pas de livre dont le succès soit plus sûr et plus justifié, il n'y en a certes pas qui fasse plus honneur aux vieilles et vraies traditions de la médecine française, c'est-à-dire de la médecine basée sur l'observation des faits.

Henri HUCHARD.

—

DES PROCÉDÉS DE DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE, par LAMBLING. — Nancy, 1882.

Le rôle de l'hémoglobine dans le globule sanguin et dans l'hématose est trop important pour qu'il soit nécessaire de démontrer l'utilité pour la clinique et la physiologie de posséder de bonnes méthodes de dosage de cette substance.

Les procédés chimiques par détermination du fer, de l'hématine et de l'oxygène du sang, et le dosage par le procédé de décoloration du sang au moyen du chlore (Quinquaud), sont exposés et discutés dans le mémoire inaugural de M. Lambling. La méthode chimique possède cependant des inconvénients et nécessite une certaine quantité de sang; de là, l'usage des procédés colorimétriques. Parmi ceux-ci, le plus recommandable, d'après l'auteur, serait celui de MM. Jolyet et Laffont, au moyen du colorimètre de Dubosc.

Par la méthode chimique, on connaît les variations de l'hémoglobine en quantité, mais on ne peut apprécier ni sa puissance, ni ses propriétés. Les procédés colorimétriques permettent de le faire. Le dosage de l'hémoglobine, pour être exact, doit donc être à la fois chimique pour évaluer la matière colorante en quantité, et colorimétrique pour connaître ses qualités. C'est là une analyse quantitative et qualitative. Ce mémoire a une valeur et une originalité qui le feront lire avec intérêt et certainement consulter avec profit. — C. E.

—

TRAITEMENT DE LA CHUTE DE MATRICE PAR LE CLOISONNEMENT DU VAGIN, par M. le docteur EUSTACHE, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. — Paris, 1882; Lecrosnier.

Ce mémoire a pour but de démontrer l'utilité du cloisonnement du vagin, dans le traitement radical de la chute de la matrice, suivant la méhode de M. le professeur Le Fort. De plus, l'auteur modifie le manuel opératoire et pratique l'avivement sur une largeur de 4 à 5 centimètres et sur une longueur de 6 centimètres, c'est-à-dire depuis le col de l'utérus jusqu'à la vulve. Quatre observations sont citées à l'appui de ces conclusions. — L. D.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ULCÉRATION DES ARTÈRES DANS LES FOYERS PURULENTS.

Gray, le 25 novembre 1882.

Mon cher maître,

Voulez-vous me permettre de revenir sur le fait que j'ai eu l'honneur de vous adresser, à propos de l'ulcération des artères dans les foyers purulents, et que vous avez bien voulu transmettre à M. Monod, pour les présenter à la Société de chirurgie.

Mon excellent ami, le docteur A. Desprès, ne trouve pas le fait suffisamment probant (Soc. de chir., UNION MÉDICALE, 21 novembre 1882, p. 834). S'il voulait relire l'observation avec attention et sans parti pris, je crois qu'il conviendrait avec moi qu'il est difficile d'avoir une certitude plus absolue. Je ne vois pas du reste d'explication qui puisse remplacer l'interprétation que je donne, et M. Desprès n'en a pas fourni.

1° Il y a un phlegmon.
2° Ce phlegmon s'est ouvert naturellement;
3° Le pansement a été fait à plat.
4° Il n'y a pas eu de drain.
5° Il n'y pas eu une, mais plusieurs hémorrhagies par la plaie, se reproduisant chaque fois que la compression était supprimée.
6° Cette hémorrhagie se faisait par jet.
7° Elle se faisait dans la plaie.
8° La ligature de l'humérale l'a arrêtée *net*.
9° Il m'a été impossible de retrouver la radiale dans la plaie nettoyée, et cependant le tissu cellulaire était détruit, les tendons dénudés..... Comment expliquer tout cela autrement que je ne l'ai fait?

Veuillez croire à mes sentiments dévoués. Dr J. BERTIN.

FORMULAIRE

PATE CONTRE L'ECZÉMA CHRONIQUE. — LASSAR.

Acide salicylique.	2 grammes.
Oxyde de zinc, amidon, *āā*.	25 —
Vaseline	50 —

F. s. a. une pâte qui adhère intimement à la peau, et qui ne peut être essuyée pendant le sommeil. L'auteur la recommande dans l'eczéma chronique, dans l'eczéma des enfants et l'eczéma de la face. — N. G.

POUDRE CONTRE L'INAPPÉTENCE. — DUMREICHER.

Rhubarbe pulv.	1 gramme.
Oléo-saccharure de cannelle	1 —
Sucre pulvérisé	5 grammes.

Mêlez et divisez en 6 doses.
Trois prises par jour, dans l'intervalle des repas, pour réveiller l'appétit. — N. G.

COURRIER

PROMOTIONS. — Par décret en date du 1er décembre 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Pallé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Massoutié.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Letellier, Mangenot, Moret, Strauss, Debout, Gentit et Blanche.

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Frizac.

NÉCROLOGIE. — Nous recevons la nouvelle de la mort subite de M. le docteur Lambron, médecin inspecteur des eaux de Luchon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Prix pour l'année scolaire 1881-1882. Première année (chimie, physique et histoire naturelle). Prix : M. Griffe ; mention honorable : M. Marcus. — Deuxième année (anatomie et physiologie). Prix : M. Bauquel ; mentions honorables : 1re, M. Vautrin; 2e, M. Herr. — Troisième année (médecine). Prix : M. Loison. — Quatrième année (chirurgie). Prix : M. Bruncher ; mention honorable ; M. Schürrer. — *Prix Bénit* ou *Prix de l'Internat*. Prix : M. Guillemin ; mention très honorable M. Parisot. — *Prix de thèse* : M. Thiébaut ; mentions très honorables : MM. Lemaire, Ganzinotti, Lambling ; mentions honorables : MM. Ricoux, Bernardy, Macé.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — MM. Giraud (Fernand-Paul) et Camoin (Jérôme-Louis-Étienne) sont nommés aides d'anatomie et de physiologie, en remplacement de MM. Huyette et Alezais, dont le temps est expiré.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. le professeur Gervais de Rouville est maintenu pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Barthélemy, professeur suppléant, est en outre chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, de conférences de travaux pratiques de zoologie.

M. Filhol (Henri), professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882- 1883, par M. Barthélemy, docteur ès sciences.

M. le professeur Baillaut est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

M. Huguet, bachelier ès sciences, est délégué dans les fonctions de préparateur adjoint de physique, en remplacement de M. Gomien, appelé à d'autres fonctions.

École pratique des Hautes Études. — M. Van Tieghem, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé membre de la Commission de patronage de la section des sciences naturelles à l'École pratique des Hautes Études, en remplacement de M. Decaisne, décédé.

M. Pomay, licencié ès sciences physiques et mathématiques, ancien élève de l'École polytechnique, est chargé des fonctions de moniteur près le laboratoire de chimie minérale de l'École pratique des Hautes Études (section des sciences physico-chimiques), en remplacement de M. Bleunard.

M. le docteur Bertrand (Joseph-Jean-Eugène) est chargé, pour un an, des fonctions de directeur-adjoint du laboratoire de recherches, en remplacement de M. le docteur Nordenson.

M. Paul Maury, bachelier ès lettres et ès sciences, maître répétiteur (deuxième classe) au lycée Saint-Louis, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de préparateur au laboratoire de botanique (classification des familles naturelles), en remplacement de M. Léon Berthelot, en mission.

Agents comptables des Facultés. — Par décret en date du 25 novembre 1882, les fonctions de secrétaire agent comptable des Facultés et établissements d'enseignement supérieur dans les départements, actuellement réunies entre les même mains, seront séparées à partir du 1er janvier 1883. Dans chaque Faculté ou établissement d'enseignement supérieur, un secrétaire est chargé de la partie administrative, notamment de l'assiette des droits à percevoir et de toutes autres attributions qui lui seront conférées par le ministre de l'instruction publique, dont il relève exclusivement. Le service financier des Facultés et établissements d'enseignement supérieur, comprenant le recouvrement de tous les droits et produits revenant au Trésor et aux communes, le remboursement des consignations versées par les étudiants, la constatation des droits acquis au Trésor et la tenue des écritures est confiée, dans les départements, aux percepteurs des contributions directes.

Transmission de la force a distance a l'exposition de Munich. — Le 16 septembre dernier, a eu lieu à Munich, dit la *Lumière électrique*, l'expérience organisée par M. Marcel Deprez, sur le transport de la force à distance. Deux machines Gramme, type A, étaient l'une à Munich, l'autre à une soixantaine de kilomètres, à Miesbach, reliées par un double fil télégraphique ordinaire, supporté par des poteaux en bois, sans dispositions spéciales pour l'isolement. La machine génératrice faisait 2,000 tours et la réceptrice 1,200 tours par minute, ce qui représente un rendement d'environ 60 pour 100. En introduisant de nouvelles résistances, ce rendement n'a pas varié ; mais, entendons-nous bien, le *rapport* du travail moteur au travail transmis est constant ; cependant, pour un même fil et une même machine motrice tournant à la même vitesse, la valeur absolue du travail transmis diminue avec la distance.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 11 décembre 1882, à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil).

Ordre du jour : I. Élections pour le renouvellement du bureau. — II. Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à deux places de membres titulaires. — III. Communication, avec commentaires, par M. Boudet, d'un arrêt de la Cour de Caen, relatif à une question de nullité de mariage. — IV. Sur une question de remède secret, rapport par M. Brouardel. — V. Communications diverses.

Le érant, Richelot.

Paris. — ypographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 novembre 1882 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Juillet, Août et Septembre.

III. — Fièvres éruptives.

Les fièvres éruptives ont pour la plupart été d'une grande bénignité ; le chiffre de la VARIOLE s'est encore abaissé, et il est peut-être permis d'espérer que nous touchons à la fin de l'épidémie qui sévissait depuis quatre ans; en ville, 109 décès au lieu de 211 l'an dernier; dans les hôpitaux, 394 entrées au lieu de 504, 54 décès au lieu de 87.

La SCARLATINE a été beaucoup moins meurtrière que pendant les années 1880 et 1881 ; en ville, on compte 40 décès au lieu de 123 et 166 ; dans les hôpitaux, 135 entrées au lieu de 216 en 1881, 9 décès au lieu de 17.

La ROUGEOLE est devenue beaucoup plus fréquente; mais sa gravité a été notablement moindre et le chiffre des décès s'est abaissé sensiblement malgré la fréquence plus grande de la maladie; dans les hôpitaux, 182 entrées au lieu de 156, 14 décès au lieu de 25.

L'ÉRYSIPÈLE est resté fréquent et relativement meurtrier, comme le montre le tableau comparatif de la marche des maladies épidémiques pendant le troisième trimestre des deux dernières années.

Statistique des hôpitaux.

HOPITAUX CIVILS DE PARIS	Varioles.					Rougeole.					Scarlatine.					Érysipèles.				
Morbidité et Mortalité comparées des fièvres éruptives.	Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.			Mois.		Trimestre.		
	M.	D.	M.	D.	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P. 0/0	M.	D.	M.	D.	P. 0/0
Troisième trimestre 1881.																				
Juillet	205	33				75	14				89	12				119	16			
Août	150	33	504	87	17	36	5	158	25	15	64	4	216	17	7	93	12	321	39	12
Septembre	149	21				47	0				63	1				109	11			
Troisième trimestre 1882.																				
Juillet	177	31				101	10				49	4				145	24			
Août	136	15	394	54	13	47	4	182	14	7	42	4	135	9	6	111	16	380	56	15
Septembre	81	8				34	0				44	1				124	16			

Hôpital Beaujon. — Service du docteur Millard : « *Scarlatine.* — Outre le cas signalé plus haut et survenu dans le cours d'une dothiénentérie, nous en avons observé 2 autres qui ont marché régulièrement.

Rougeole. — Nous avons observé également 6 cas qui ont été d'une simplicité parfaite ; l'un d'eux était une récidive.

Erysipèles. — Nous avons eu à traiter 6 érysipèles de la face, dont 2 très graves et consécutifs à une angine; l'un d'eux s'est terminé par la mort à la suite d'épistaxis répétées très abondantes et après s'être étendu à la nuque; le second a guéri après une rechute et une série d'abcès du cuir chevelu ; les quatre autres cas étaient bénins. »

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 novembre.

HÔPITAL COCHIN. — Service de M. Bucquoy : « *Érysipèles.* — Il est entré dans les salles de médecine de Cochin, pendant le troisième trimestre, 5 érysipèles, 3 occupant la face, chez des malades qui déjà avaient été atteints de cette maladie. Les 2 autres cas étaient des érysipèles ambulants s'étendant sur le tronc et les membres. Un seul de ces malades venait du service de chirurgie de l'hôpital.

HÔPITAL DES ENFANTS. — Service de M. Labric; M. Geffrier, interne.

« *Rougeole.* — En juillet, 11 ; en août, 9; en septembre, 4. Total : 24.

Venus du dehors, 19. Guéris : de 2 à 3 ans, 8; de 3 à 5 ans, 4; de 5 à 6 ans 1/2, 3. Emmené avant terminaison de la maladie, 1. Morts (de 2 à 3 ans), 3.

Déclarés à l'intérieur, 5. Guéris : 2 ans 1/2 (des ophthalmiques); 3 ans (Saint-Jean, entré pour adénopathie); 5 ans (des ophthalmiques) ; 8 ans (*idem*). Mort, 22 mois (Saint-Jean, entré pour entérite).

Scarlatine. — Juillet, 3 cas; août, 1; septembre, 1; tous venus du dehors.

4 guérisons : 4 ans (entré à la période de desquamation); 5 ans; 14 ans (angine scarlatineuse, éruption presque nulle, frère du précédent); 14 ans; 1 mort (20 mois). »

HÔPITAL TENON. — Service de M. Tenneson. « *Variole :* Total, 7; sortis guéris, 7. Vaccinés et non revaccinés, 7. Discrète, 5; cohérente, 2. »

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. Cadet de Gassicourt : « Les cas de scarlatine et de rougeole ont été peu nombreux.

7 cas de scarlatine en juillet, 2 en septembre. Ces 9 cas ont été suivis de guérison. Aucun n'a présenté de néphrite ni même de congestion rénale. *Dans un seul cas, la diphthérie a compliqué l'angine scarlatineuse;* encore a-t-elle été bénigne et de courte durée.

La rougeole ne s'est montrée que deux fois, chez des enfants assez vigoureux; elle devait donc être, et elle a été normale, sans complications.

Nous n'avons observé ni une variole, ni une coqueluche. »

HÔPITAL TROUSSEAU. — Service de M. Bergeron; M. Moisard, suppléant : « *Rougeole.* — 11 cas; 1 seul décès dû à la diphthérie secondaire.

Scarlatine. — 11 cas; 3 guéris; aucune complication observée. »

IV. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

Fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. — Morbidité et mortalité, âge, sexe.	MOUVEMENT				DÉCÈS				TOTAUX				
									Mensuels		Trimestriels		
	H.	F.	G.	F.	H.	F.	G.	F.	Mouv.	Décès	Mouv	Décès	Prop. p. 100
Année 1881. — 3e trim.													
Juillet	144	84	10	16	32	16	2	5	254	55			
Août	158	97	21	15	35	32	5	4	291	76	942	201	21
Septembre	234	115	28	20	43	22	5	0	397	70			
Totaux	536	296	59	51	110	70	12	9					
Année 1882. — 3e trim.													
Juillet	246	152	13	22	43	20	0	3	433	66			
Août	404	217	31	34	93	44	1	8	686	146	2136	322	15
Septembre	642	284	51	40	57	49	2	2	1017	110			
Totaux	1292	653	95	96	193	113	3	13					

Au moment où l'épidémie de variole subit une diminution telle qu'il est permis d'espérer qu'elle touche à sa fin, alors que la diphthérie se montre relativement bénigne, la fièvre typhoïde présente à l'inverse une recrudescence considérable. Dès le mois de juin dernier, cette affection avait subi une exacerbation hors saison qui devait faire craindre que l'époque de son apogée ne devînt particulièrement meurtrière; cette crainte ne s'est malheureusement que trop réalisée. Dès le commencement du mois d'août, le chiffre des typhoïdiques s'élevait dans des proportions con-

sidérables (1) et progressivement la maladie atteignait le développement effrayant que nous avons connu au mois d'octobre : l'exacerbation actuelle de la fièvre typhoïde n'est du reste pas un fait propre à Paris, relevant de conditions sanitaires particulières à cette ville; dans presque toutes les grandes villes, la maladie sévit actuellement, c'est ce qui ressort des renseignements que nous communiquent nos collègues des départements.

Que faut-il penser de l'avenir de cette épidémie? L'élévation du chiffre des fièvres typhoïdes, à laquelle nous venons d'assister, est une élévation normale : car, ainsi que l'a si nettement établi mon savant prédécesseur, M. Ernest Besnier, la fièvre typhoïde est, parmi nos maladies endémo-épidémiques, celle qui subit le plus manifestement l'influence saisonnière : après avoir atteint au printemps le point le plus déclive de sa trajectoire annuelle, elle s'élève lentement pendant l'été, subit une ascension brusque et considérable en automne et décline *lentement* pendant l'hiver; son maximum de mortalité est habituellement au début du paroxysme automnal et celle-ci s'abaisse ensuite rapidement pour arriver au minimum. Cette loi se trouve merveilleusement vérifiée par l'étude de la marche de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, pendant ces dix dernières années : six fois le maximum de fréquence de la maladie s'est présenté en octobre, deux fois en septembre, une fois en novembre, une fois en décembre.

Tableau comparatif de la marche de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris pendant le second semestre des dix dernières années.

MOIS.	1872		1873		1874		1875		1876		1877		1878		1879		1880		1881	
	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.
Juillet........	50	13	49	12	83	25	92	12	77	27	80	36	85	20	132	25	173	31	254	55
Août.........	106	38	66	17	105	42	93	15	213	107	153	36	174	40	166	7	134	54	291	73
Septembre....	133	34	147	59	**165**	26	90	29	424	116	255	56	203	41	285	46	225	62	**397**	70
Octobre	**197**	42	**228**	59	138	30	**239**	68	416	82	**297**	71	**212**	34	280	26	**412**	74	236	76
Novembre	145	25	207	32	132	28	227	34	**808**	232	181	33	179	29	325	30	403	68	369	82
Décembre.....	165	42	143	14	108	25	187	23	802	110	156	27	111	18	**338**	54	287	38	283	54

La fréquence de la fièvre typhoïde pendant le mois de septembre et le commencement d'octobre a donc été le résultat d'une exacerbation normale rentrant dans les lois de l'évolution saisonnière de la maladie, mais tout à fait excessive, et les lois d'évolution permettent d'espérer que la rémission, constatée dans ces derniers temps, est une rémission de bon aloi, qui ne fera que s'accuser. Mais il est à craindre, car c'est aussi l'habitude, que cette décroissance ne soit lente, interrompue peut-être par quelques exacerbations, et ne maintienne pendant un certain temps encore l'épidémie à un chiffre assez élevé. Il faut donc éviter de s'endormir sur une rémission toute saisonnière, mais plutôt en profiter pour discuter et prendre les mesures susceptibles d'empêcher que l'exacerbation automnale prochaine ne soit encore plus terrible que celle à laquelle nous venons d'assister.

L'épidémie que nous traversons se fait, d'un avis unanime, remarquer par sa bénignité et la rareté relative des cas mortels. « La fièvre typhoïde avait été particulièrement meurtrière pendant le premier semestre, nous écrit M. Millard; pendant le troisième trimestre, les cas se sont multipliés considérablement, mais sont devenus en même temps moins graves, puisque sur 52 malades nous n'en avons plus perdu que 6. » A l'hôpital Cochin, dans le service dirigé par M. Bucquoy, et

(1) (Dans les hôpitaux, 2,136 entrées pendant le troisième trimestre de 1882, au lieu de 942 pendant la période correspondante de l'an dernier; 322 décès au lieu de 201; en ville, 780 décès, au lieu de 435.)

en son absence par M. Robert Moutard-Martin, 2 malades sont morts sur 38 traités. La mortalité moyenne pour les mois de juillet, août et septembre, a été dans les hôpitaux de 15 p. 100, chiffre tout à fait exceptionnel au moment d'un paroxysme épidémique.

Les hôpitaux d'enfants ont particulièrement bénéficié de cette bénignité. C'est un fait habituel sur lequel a maintes fois insisté notre collègue, M. Bergeron, que le peu de gravité relatif de la dothiénentérie chez les jeunes sujets, et ce fait se trouve singulièrement vérifié par les chiffres que nous fournissent à la fin de ce trimestre nos collègues des hôpitaux d'enfants : à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Bergeron, suppléé par M. Moizard, sur 86 malades, 2 décès, dont 1 occasionné par une diphthérie intercurrente; dans le service de M. Cadet de Gassicourt, sur 28 malades, 0 décès; dans le service de M. Labric, sur 39 cas, 0 décès.

Notre collègue, M. Zuber, a pu chez deux de ses malades constater l'existence de plaques pharyngiennes d'un blanc éclatant qu'il considère comme une manifestation atténuée de la diphthérie (diphthérie catarrhale des Allemands). Ces deux cas ont été remarquables par leur gravité.

L'importance tout à fait exagérée des accidents buccaux chez la plupart des typhoïdiques avait attiré notre attention dès le début de la maladie. Chez des malades atteints des formes les plus légères, les plus atténuées de la maladie, non-seulement la bouche était desséchée, les lèvres et la langue couvertes de fuliginosités, mais le pharynx se revêtait d'enduits diphthéroïdes épais; plus d'une fois les malades, en entrant à l'hôpital, ne se plaignirent ni de la céphalalgie ni des accidents intestinaux qui étaient fort peu accusés, mais des troubles apportés à la déglutition et à la respiration par les altérations profondes des muqueuses buccales et pharyngée. Le voile du palais, les amygdales, le pharynx étaient recouverts d'enduits blanchâtres, saillants, irrégulièrement disséminés, formant des masses épaisses, par places, de 2 à 3 millimètres; il n'y avait pas d'adénite concomitante : ces lésions furent habituellement tenaces et persistèrent jusqu'à la fin de la maladie, quel que fût le traitement local employé; celui-ci du reste resta toujours simplement palliatif, institué dans le but de soulager les malades plutôt que de combattre un mal que je considérais comme une simple dystrophie épithéliale, comme une lésion diphthéroïde et non comme une manifestation de la véritable diphthérie; jamais la maladie ne présenta de tendance à l'extension, à la généralisation.

Les accidents que nous avons observés, notre collègue, M. Zuber et moi, étaient-ils de même nature, mais atteignant les degrés d'intensité différents? S'agissait-il, au contraire, d'accidents distincts, les uns se rattachant à la diphthérie, les autres n'étant que le résultat d'une simple dystrophie épithéliale? Il y a bien probablement derrière nos opiuions différentes une question de doctrine. En tout cas, ce qui me semble ressortir de nos observations, c'est l'importance des accidents pharingés pendant le cours de l'épidémie actuelle.

Dans le courant du mois de septembre, un fait rare s'est produit dans ma salle de femmes, une petite épidémie locale; trois jeunes malades ont été atteintes de dothiénenthérie après avoir manifestement contracté à l'intérieur de l'hôpital le germe de cette affection, car la moins anciennement entrée dans le service y était en traitement depuis plusieurs semaines, les autres depuis plusieurs mois; ces deux dernières même étaient immobilisées dans leurs lits, l'une par une paraplégie hystérique, l'autre par une hémiplégie avec contracture. Un fait intéressant à noter, c'est que les deux premières femmes atteintes étaient éloignées des malades alors traitées pour la fièvre typhoïde, mais leurs lits attenaient aux cabinets, dont ils n'étaient séparés que par un simple mur. J'ai recherché si je retrouverais dans ceux-ci un vice de construction qui m'expliquât l'arrivée du contage jusqu'à mes malades, je n'ai rien constaté d'irrégulier; la propreté même était respectée au moment de ma visite. Faut-il attribuer au simple voisinage de ces cabinets la petite

épidémie dont je viens de parler? Cela me paraît à craindre, sans qu'il me soit possible de l'affirmer.

Un fait, déjà relevé à propos de l'épidémie de variole, s'est reproduit dans l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde; la colonie étrangère, les Italiens surtout, ont payé à la maladie un tribut considérable.

Hôpital Beaujon. — Service du docteur Millard : « Cette maladie avait été particulièrement meurtrière dans notre service pendant le premier semestre; sur 62 cas, nous n'avions pas eu moins de 19 décès, c'est-à-dire presque un tiers. Les cas se sont multipliés considérablement pendant le troisième trimestre, mais sont devenus en même temps moins graves, puisque sur 52 malades nous n'en avons plus perdu que 6, soit presque un neuvième seulement. De ces 52 malades, 8 étaient entrés au mois de juin et se trouvaient en traitement le 1er juillet. Dans le courant de ce mois, nous n'avons reçu que 4 nouveaux typhiques, mais il en est entré 23 en août et 37 en septembre. *C'est donc le mois d'août qui a marqué nettement pour nous le début de l'épidémie actuelle*, laquelle s'est affirmée avec intensité en septembre. Nous avons reçu beaucoup plus d'hommes que de femmes. 37 hommes et 15 femmes seulement, mais cette différence peut s'expliquer parce que notre salle de femmes a été fermée pendant une partie du mois d'août pour cause de réparations. Les 6 décès se sont répartis également dans les deux sexes : 3 femmes et 3 hommes, et peuvent se décomposer ainsi :

1 cas d'avortement à trois mois, survenu le vingt-septième jour au milieu d'accidents ataxo-adynamiques et bientôt suivis de vastes eschares au sacrum. Mort le trente-cinquième jour;

1 cas survenu après des excès de toutes sortes, chez une jeune fille de 16 ans, compliqué de vulvo-vaginite, de péritonite et de pneumonie double. Mort le vingt et unième jour;

2 cas avec hyperthermie et adynamie : jeune fille de 20 ans, morte au septième jour, quarante-huit heures après son entrée; et jeune homme de 17 ans, mort le dix-huitième jour dans le collapsus;

1 cas avec adynamie prédominante. Mort survenue le douzième jour. Le malade, deux jours auparavant, avait présenté des accidents d'intoxication phéniquée (urines noires, collapsus, mais sans abaissement de température), parce qu'il n'avait pas rendu un lavement contenant *seulement* 50 *centigrammes* d'acide phénique (dose habituelle dans le service);

1 cas de récidive avec hyperthermie et adynamie. Ce malade, âgé de 21 ans, prétendait avoir eu déjà la fièvre typhoïde en 1879. *Le météorisme, chez lui, prit de telles proportions qu'on tenta la ponction de l'intestin à l'épigastre avec un aspirateur.* L'autopsie ne permit pas de reconnaître les traces de cette opération, qui avait dû porter sur le colon transverse très dilaté.

Deux autres malades femmes qui ont guéri prétendaient également avoir eu antérieurement la fièvre typhoïde, l'une cinq ans, l'autre dix-huit ans auparavant; mais ces renseignements nous ont paru contestables.

Pour permettre d'affirmer la récidive vraie de la fièvre, il faudrait qu'un médecin instruit eût occasion de soigner et de suivre la maladie à plusieurs années d'intervalle chez le même sujet.

Si nous analysons les 46 cas terminés par la guérison, nous en trouvons :

11 dans lesquels l'hyperthermie a été le phénomène prédominant;

3 dans lesquels la marche de la température a été anomale sans complication;

1 avec ataxo-adynamie;

4 avec épistaxis répétées;

1 sans épistaxis mais avec hémorrhagie intestinale;

4 avec prédominance des symptômes thoraciques;

1 avec complication d'*érysipèle phlegmoneux* de la face et de la région sous-maxillaire des plus graves (le petit malade est encore en traitement dans une salle de chirurgie);

1 avec *scarlatine intercurrente* contractée dans le service;

1 avec vomissements survenus pendant la convalescence et otite suppurée;

4 avec une marche régulière, quoique grave;

9 de forme légère;

Et, enfin, les 2 cas de récidive déjà mentionnés plus haut.

L'*albuminurie* a été constatée dans 16 cas, tous assez graves, dont 4 se sont terminés par la mort.

Le *traitement* a consisté presque invariablement dans les moyens suivants : boissons acidulées; purgatifs et parfois éméto-cathartique au début; lotions vinaigrées; compresses froides en permanence sur le ventre; sulfate de quinine à la dose de 0,50 centig. à 1 gram. et chaque

jour un *grand* lavement avec addition de 0,50 *centigrammes* d'acide phénique; potion avec extrait de quinquina vers le douzième jour; lait, bouillon, eau vineuse.

Quant l'hyperthermie s'accompagne de symptômes ataxiques, nous avons multiplié les lotions fraîches et administré des bains tièdes à 28° ou des affusions froides. Nous avons eu recours aussi avec avantage, pour combattre l'agitation et l'insomnie persistante à des piqûres de *morphine* pratiquées surtout le soir, mais à doses faibles, 1/2 *centigramme* seulement. Ce moyen nous a mieux réussi que le bromure de potassium qui est très infidèle.

Les *congestions et les hémorrhagies* ont été combattues par des injections sous-cutanées de la solution d'ergot de seigle d'Yvon et l'administration de l'ergotine à la dose de 2 à 4 gram. par jour. Dans ce cas nous suspendions le sulfate de quinine.

Pour combattre en particulier l'hémorrhagie intestinale, nous avons employé, outre l'ergotine à l'intérieur et les injections hypodermiques de solution d'ergot de seigle, les applications de compresses glacées sur le ventre, mais nous avons surtout recommandé d'alimenter légèrement le malade, de le remuer le moins possible, et de cesser les lavements.

Il est à remarquer que nous n'avons pas eu un seul cas de perforation, ni de phlébite, ni de laryngite grave. Nous avons observé, chez les femmes surtout, un grand nombre de pustules d'ecthyma gangréneux sur les régions fessière et trochantérienne, d'abcès sous-cutanés, et d'eschares, dont quelques-unes très larges, avec décollements étendus, ont nécessité de larges incisions. Les pansements ont été faits le plus souvent avec la solution phéniquée, quelquefois avec le vin aromatique.

A cet ensemble de moyens que je viens d'énumérer rapidement, il faut ajouter une vigilance des plus attentives et de tous les jours; surveiller l'état de la langue, de la bouche, de la gorge, des oreilles; ausculter chaque jour les poumons et le cœur, palper le foie, la rate, la région vésicale surtout, à cause de la rétention d'urine si fréquente; découvrir les malades pour inspecter les membres inférieurs et la région postérieure du tronc; faire fréquemment 'analyse des urines et l'examen des garde-robes. Telles sont les précautions qu'on ne saurait trop recommander, car elles sont fréquemment négligées par beaucoup de praticiens, et c'est d'elles que dépendent, dans un grand nombre de cas, la terminaison heureuse ou fatale, et la durée de la maladie. Tant qu'on n'aura pas trouvé de médication spécifique contre la fièvre typhoïde, c'est spécialement à prévenir et à combattre les complications que le médecin doit s'attacher.

Je terminerai par une remarque qui n'est pas nouvelle, et qui n'aura échappé à aucun de mes collègues, c'est que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse à la façon des autres maladies infectieuses ou éruptives, car les *cas intérieurs*, c'est-à-dire développés dans les salles chez des sujets en traitement pour d'autres affections et en promiscuité complète avec les typhiques, sont tout à fait rares et exceptionnels. Pour ma part, je n'en ai pas observé un seul depuis bien longtemps. Il semble donc que les germes contagieux de la dothiénentérie, quels qu'ils soient, ne peuvent se développer que sur des sujets en bonne santé, et avortent au contraire chez ceux qui sont sous le coup d'une autre maladie. C'est l'inverse de ce qu'on aurait pu prévoir théoriquement, et de ce qu'on observe pour les fièvres éruptives en particulier. Rien de plus commun que de voir notamment dans les hôpitaux d'enfants, de petits malades contracter successivement, ou même simultanément, la rougeole, la scarlatine, la diphthérie ou la coqueluche. La fièvre typhoïde ne constitue pas non plus une immunité pour ces maladies, car nous avons eu un de nos typhiques qui, couché non loin d'un scarlatineux, a pris de lui la scarlatine, mais il ne lui a pas repassé la dothiénenthérie en échange.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy : « Pendant le trimestre dernier, les fièvres typhoïdes, qui déjà se montraient en plus grand nombre dans les mois de mai et de juin, sont devenues comme partout la maladie dominante. 38 malades ont été traités, dans mon service, pour cette maladie, de juillet à octobre. 2 seulement sont morts. J'insiste sur cette proportion considérable de guérisons, 18 sur 19, pour établir, malgré le caractère épidémique de l'affection, sa bénignité relative.

Dans un des deux cas de mort, chez une jeune fille syphilitique, arrivée presque mourante de Lourcine, le traitement par les *bains froids* a été institué seulement lorsque la malade semblait agonisante. Le résultat a été merveilleux. Nous avons assisté à une véritable résurrection. Ce n'a été que quinze jours plus tard, et en pleine convalescence, que la malade a succombé aux suites d'une énorme eschare qui envahissait une grande partie de la région fessière.

Sur les 36 malades qui ont guéri, 4 seulement ont présenté des formes légères et presque abortives de la fièvre typhoïde; 21 ont été assez fortement atteints, mais avec des formes régulières, 11 cas appartenaient aux formes graves et ont présenté des complications : 2 fois,

des hémorrhagies intestinales; 1 fois, de la paralysie du pharynx et de l'aphonie, etc. Les rechutes ont été assez fréquentes. Nous les avons notées dans un cinquième des cas. »

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 octobre 1882. — Présidence de M. Duroziez.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 22 juillet.

Lecture et adoption du procès-verbal du 12 août.

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques parus pendant les vacances : le *Progrès médical*, le *Concours médieal*, le *Journal des Sages-Femmes*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal de médecine de Paris*.

Une brochure de M. Claude Verne, sur les préparations pharmaceutiques de goudron soluble.

Des *Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie*, par le docteur J. Picot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

Un rapport *sur les nouvelles maternités*, fait à la Société de médecine pratique et d'hygiène professionnelle, par M. Thévenot.

M. Paul Fabre (de Commentry), membre correspondant, envoie à la Société les mémoires suivants :

1° Le *Congrès international d'hygiène de Turin* (1880) ;

2° *La gale dans les campagnes ;*

3° De la coexistence de la scarlatine et de la vaccine chez le même sujet ;

4° De l'état sanitaire des mineurs de nos jours ;

5° La maladie des mineurs de Saint-Gothard, et de l'anchylostome du duodénum ;

6° Persistance de l'hymen n'ayant pas empêché la conception.

A propos de ce dernier mémoire, M. de Beauvais, secrétaire général, cite une observation de persistance de l'hymen chez une jeune fille en service, qui avait été violée par son maître, et qui était devenue enceinte. Un procès en cour d'assises eut lieu; le maître fut acquitté, faute de preuves précises de cette accusation de viol. L'accouchement seul détruisit l'hymen, qui n'avait pas empêché la conception. M. de Beauvais appuie les conclusions du mémoire de M. Fabre, et signale l'importance du fait au point de vue médico-légal.

La correspondance imprimée comprend une lettre de M. le docteur Bergeaud (d'Haïti), qui envoie à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant :

1° Un mémoire sur la fièvre pernicieuse en Haïti, dans le sud de cette île (Les Cayes) ;

2° Une observation manuscrite sur un cas de leucomurie consécutive à un mal de Pott, d'origine rhumatismale ;

3° Une brochure intitulée : Recherches sur la nature et le traitement des manifestations laryngées de la tuberculose.

Une commission composée de MM. Charrier, de Beauvais et Rougon, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du docteur Bergeaud.

—

M. Polaillon fait hommage à la Société d'un travail *Sur la réduction des luxations anciennes de l'épaule après la section sous-cutanée des adhérences*, et communique à ce sujet les observations suivantes :

Je crois avoir tiré de l'oubli cette méthode qui peut rendre de grands services dans les luxations irréductibles de l'épaule, luxations que l'on abandonne généralement à elles-mêmes, et j'ai l'honneur d'offrir à la Société un travail que j'ai écrit sur ce sujet (Voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 921 ; 1882).

Dans ce travail je rappelle que ce fût Dieffenbach qui imagina cette méthode. Il la mit à exécution en 1840, et parvint à réduire une luxation sous-claviculaire datant de deux ans. Dix ans plus tard, G. Simon en obtint aussi un succès. Le souvenir de ces deux faits m'a conduit à pratiquer la même opération dans trois cas de luxations anciennes. J'ai réduit, et les mouvements se sont rétablis d'une manière suffisante. M. Daniel Mollière a communiqué à l'Académie de médecine une nouvelle observation de réduction après la section sous-cuta-

née des adhérences. Et récemment encore, le même chirurgien m'a écrit qu'il avait réussi dans une luxation datant de deux mois chez un vieillard affaibli, athéromateux, qu'on aurait cru parfaitement incurable avec les procédés ordinaires. Voilà donc sept opérations qui doivent encourager à suivre la voie tracée par Dieffenbach.

Lorsqu'une luxation ancienne, ou même récente, de l'épaule s'est montrée irréductible après des manœuvres de tractions méthodiques, portées à 100 ou 150 kilogrammes, suivant la force du sujet et pendant la résolution musculaire produite par le sommeil anesthésique, il me paraît indiqué d'avoir recours à la section des adhérences. Cette section doit être faite par la méthode sous-cutanée et avec les précautions antiseptiques.

Après avoir traversé le deltoïde avec un ténotome pointu, à un travers de doigt au-dessous de l'acromion, on glisse un long et fort ténotome mousse entre la face antérieure de la tête de l'humérus et le muscle deltoïde, et l'on coupe contre l'os tous les tissus fibreux; puis on retire un peu l'instrument pour le glisser en arrière de la tête humérale et couper aussi, en ce point, les tissus fibreux. Cela fait, on contourne d'un côté à l'autre l'extrémité supérieure de l'humérus et on détruit la plupart des brides supérieures.

Si le sujet est dans de bonnes conditions et que des accidents consécutifs ne soient pas à redouter, on peut exécuter, séance tenante, les manœuvres de réduction. Dans le cas contraire, on attend deux ou trois jours que la piqûre cutanée soit cicatrisée avant de procéder aux tractions nécessaires pour réduire la luxation.

Pourquoi les sections sous-cutanées dans les luxations irréductibles de l'épaule ne se sont-elles pas répandues dans la pratique ? C'est parce qu'on leur a objecté d'être *dangereuses*, *aveugles* et *inutiles*. Je crois devoir démontrer en peu de mots l'inexactitude de ces trois objections.

Le ténotome agit-il dans une région dangereuse ? Assurément non, puisqu'il ne porte son action que sur la moitié externe de la tête humérale, au-dessus du col anatomique, dans une région où il n'y a ni artère, ni veine, ni nerf qui puissent être lésés. L'artère et la veine axillaires, les nerfs du plexus brachial sont profondément situés en dedans et en arrière de la tête luxée, dans une région où il serait difficile de les atteindre. D'ailleurs, la prudence la plus élémentaire commande de reconnaître quelle est la situation de l'artère axillaire avant de porter le ténotome sur les brides fibreuses. Quant au danger d'un phlegmon, on sait que les sections cutanées font des plaies bénignes, qui guérissent sans inflammation et sans suppuration.

Je ne saurais admettre le reproche de Nélaton et des auteurs du *Compendium*, qui ont accusé le procédé des débridements sous-cutanés d'être incertain et d'agir sans savoir ce que l'on coupe. Il suffit d'avoir fait quelques expérience cadavériques pour se convaincre que l'on peut couper avec un ténotome, sous le deltoïde, la moitié externe de la capsule articulaire de l'épaule. Lorsqu'il existe une luxation, cette section est encore plus facile. Non-seulement on détruit une grande partie des brides fibreuses, qui s'opposent à la réduction, mais encore on ouvre à la tête humérale une voie qu'elle devra suivre, pour rentrer à sa place habituelle.

Enfin, si depuis Hippocrate on a reconnu qu'une luxation ancienne permet quelquefois d'exécuter des mouvements variés et étendus, si Velpeau a proscrit la réduction des déplacements articulaires anciens, il n'en est pas moins avéré que, dans la majorité des cas, une luxation de l'épaule constitue une difformité et une infirmité des plus pénibles, et que tout procédé, qui tend à faire cesser ce triste état, doit être considéré comme un bienfait. C'est à ce titre que les sections sous-cutanées des brides sont utiles, et on ne saurait nier que mes opérés, ainsi que ceux de Dieffenbach, de G. Simon et de M. Daniel Mollière, en ont retiré de grands avantages. Je maintiens donc que nous avons fait une œuvre utile.

—

M. E.-R. Perrin lit sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), le rapport suivant :

Messieurs,

M. le docteur Dechaux, de Montluçon, a présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de votre Société, un ouvrage imprimé, intitulé : *La femme stérile*, dont nous allons avoir l'honneur de vous rendre compte.

Depuis quarante ans, et surtout depuis une dizaine d'années, selon M. le docteur Dechaux, la stérilité est tombée à tort dans le domaine des médecins, qui la présentent comme le résultat d'une maladie, d'une lésion organique, d'une déviation, d'une flexion de l'utérus, ou d'un trouble fonctionnel de cet organe. Et, en raison de cette opinion universellement répandue, ajoute-t-il, une foule de femmes font appel à notre science, poussées par cette passion d'avoir des enfants, et dans l'espoir que nous pourrons faire cesser leur stérilité.

Or, pour notre honorable confrère, en dehors de quelques circonstances dans lesquelles la

femme ne peut concevoir, comme dans le cas d'utérus absent, *uterus deficiens*, ou de matrice incluse, sans communication vaginale, et, par conséquent, sans accès possible pour la semence, la plupart des causes présumées de stérilité que nous venons de rapporter, et d'autres encore, telles que le lymphatisme, la chlorose, l'état nerveux, l'érotisme, la frigidité, le dégoût, l'obésité, l'irrégularité des règles, etc., ne sont que des hypothèses sans valeur que les faits d'observation stricte repoussent et condamnent. Quant aux troubles de sécrétion dont l'organe utérin est le siège chez la femme apte à être fécondée, et que les gynécologistes représentent également comme des maladies, ces perturbations ne sont non plus que des états le plus souvent naturels, sans relation étiologique surtout avec la stérilité.

Parmi ces troubles, que M. le docteur Dechaux regarde comme des états naturels, il cite notamment la leucorrhée; cette leucorrhée qui se rencontre si fréquemment chez nombre de jeunes filles et de jeunes femmes, c'est-à-dire sans dérangement notable chez elles de la santé générale, et sans qu'à l'examen direct ou local on ne rencontre autre chose que des organes sains, ou, tout au plus, quelques lésions superficielles, vénielles, comme il les appelle, et, par conséquent, d'une insignifiance complète. Toutefois, pour ce qui est des fleurs blanches compliquées ou symptomatiques, liées à des états pathologiques divers de l'utérus, notre confrère les livre aux traitements plus ou moins actifs des médecins spéciaux, d'autant plus volontiers qu'il se croit en droit de réclamer plus de réserve pour la leucorrhée essentielle, naturelle, physiologique, selon lui, des femmes saines.

Pour lui, en effet, les fleurs blanches normales coulent pour ainsi dire comme le mucus des narines, les larmes des yeux, la salive de la bouche, la bile du foie. Et cette glaire utérine, ce flocon muqueux, plus ou moins limpide et transparent, que nous voyons si fréquemment émerger du museau de tanche, loin d'être un phénomène morbide, n'est, en réalité, et c'est là la découverte dont M. le docteur Dechaux dans son livre réclame hautement et chaudement la paternité, que le véhicule, la trame, le fil, l'intermédiaire destiné à conduire la semence mâle jusqu'au réceptacle utérin. Autrement, comment pourrait-on, dit-il, expliquer toutes ces grossesses énigmatiques dont la science abonde, alors qu'un diaphragme, qu'un rétrécissement existe, alors qu'il est acquis à la science que l'*aura seminalis* n'est qu'une illusion, une hypothèse purement gratuite. Aussi est-il convaincu plus que jamais que c'est à la faveur de la sécrétion naturelle dont il s'agit, de ce chapelet, de ce frai, de cette traînée, de ce filet ductile et extensible, que la semence mâle peut arriver dans l'utérus.

Il y avait donc une lacune dans les notions que nous possédions jusqu'à ce jour sur la conception humaine, notamment pour ces conceptions à distance, à fleur des organes, dans lesquelles la fécondation n'en avait pas moins lieu, malgré des cloisons, des occlusions, des rétrécissements artificiels ou naturels, malgré enfin ces obstacles extraordinaires de toutes sortes que l'on trouve si longuement énumérés dans Haller, et que maintes fois d'ailleurs on a encore signalés depuis. Or, c'est cette lacune que M. le docteur Dechaux croit avoir comblée, en indiquant le rôle spécial qu'il convient désormais d'attribuer, dans l'acte de la fécondation, à la présence de la sécrétion séro-muqueuse dont physiologiquement, selon lui, l'organe utérin est le siège dans sa période de fécondité. Ce qui prouve que cette sécrétion, cette leucorrhée, est bien un phénomène physiologique, c'est qu'elle appartient à la puberté et cesse à la ménopause, qu'elle n'existe chez la femme que pendant sa fécondité et autour de cette période, c'est-à-dire pendant sa jeunesse et sa *floraison*.

Il s'en faut, on le voit, que notre confrère partage les idées de nos spécialistes les plus autorisés sur la valeur clinique de la leucorrhée, eux qui, pour la plupart, nient qu'elle puisse jamais se montrer en dehors de l'inflammation de la muqueuse utérine, c'est-à-dire en dehors de l'existence d'une véritable métrite, même chez l'enfant, chez la jeune fille, chez la femme vierge. Suivant MM. Bernutz et Gallard, la leucorrhée, en effet, ne constitue jamais une affection essentielle. « Leucorrhée, repète M. le docteur Martineau, signifie inflammation utérine. Le traitement de la leucorrhée est donc celui de la métrite. Ce traitement est surtout local. « Il a pour but de modifier la muqueuse utérine, de tarir la sécrétion exagérée dont elle est « le siège. »

Le désaccord ne peut donc être plus complet entre les savants gynécologistes dont nous venons de rappeler les noms et notre confrère de Montluçon. Aussi n'avons-nous pas lieu de nous étonner de la lutte qu'il soutient, depuis trente ans, pour réclamer en faveur des femmes plus de réserve dans ces examens au spéculnm, inutiles le plus souvent, et auxquels, sous le moindre prétexte, on les soumet si abusivement aujourd'hui.

Une des conséquences, en résumé, du rôle assigné par M. le docteur Dechaux à cette leucorrhée normale, est qu'en dehors, comme nous l'avons dit plus haut, d'une matrice incluse ou manquante, ce qui n'arrive pas une fois sur cent mille peut-être, presque toutes les femmes sont susceptibles d'engendrer. Et, si, en fait, nombre d'entre-elles n'en restent pas moins stériles, il ne faut voir là, selon lui, qu'une des conséquences salutaires d'une loi de la

nature, sans laquelle la prodigieuse fécondité des plantes, des animaux et même des hommes, deviendrait, par le fait d'une concurrence vitale excessive, un véritable danger.

Dans l'exposé qui précède, et pour lequel pour plus de fidélité nous avons souvent reproduit presque textuellement les idées de l'auteur, nous nous sommes surtout attaché à développer devant vous les deux propositions capitales de son livre, l'une relative à l'existence chez la femme apte à être fécondée, d'une leucorrhée normale, et au rôle que cette sécrétion, cette glaire utérine, ainsi qu'il l'appelle, remplit dans l'acte de la fécondation; l'autre, ayant trait à la stérilité qui, chéz le plus grand nombre des femmes chez lesquelles on l'observe, doit être, comme nous le rappelions tout à l'heure envisagée comme une loi de la nature devant laquelle le médecin doit humblement s'incliner et surtout s'abstenir.

Nous ne croyons pas qu'à l'appui de ces deux propositions, M. le docteur Dechaux ait apporté aucune preuve susceptible d'entraîner la moindre conviction. Que dans l'acte de la fécondation, en ce qui regarde sa première proposition, les mucosités utérines facilitent la migration du sperme vers l'ovaire, rien ne contredit à la rigueur une pareille assertion; mais de là à leur reconnaître le rôle exclusif, spécial, qu'il leur attribue, il y a loin. Les expériences de fécondation artificielle inutilement tentées par lui sur ses propres juments le prouveraient au besoin, et bien que ces expériences, ajouterons-nous, nous aient paru avoir été faites dans des conditions propres à en assurer le succès.

Chez sa jnment préalablement entravée, il mit en place un spéculum, de manière à emboîter exactement le col dont, à l'aide d'un pinceau imbibé de sperme de bonne qualité, vérifié comme tel à l'aide du microscope, il toucha et badigeonna *très scrupuleusement* la surface. Le sperme, comme on le devine, provenait de l'étalon qui avait sailli au même moment la jument du métayer, et dont le pénis avait été retiré à temps par le palefrenier, de manière à recueillir directement une assez grande quantité de semence. Or, malgré les précautions prises dans ce premier essai, de même que dans quatre autres analogues, ultérieurement tentés sur d'autres juments, le résultat a été complètement nul.

Reconnaissons donc avec M. le professeur Tarnier que la même ignorance, où l'on est sur les causes « de la fécondation, existent sur les causes qui s'opposent à son accomplissement. « Car, si les vices de conformation ou de position de l'utérus, les oblitérations du col ou des « trompes, font comprendre la stérilité de quelques individus, il est tout à fait impossible « d'expliquer pourquoi certaines femmes sont stériles, lorsqu'elles sont bien conformées; « pourquoi quelques autres, mariées plusieurs fois, n'ont pu avoir des enfants pendant leur « premier mariage, alors qu'elles sont devenues enceintes plus tard; quand surtout, comme « cela a été observé, le premier mari avait eu des enfants d'un premier lit » (1).

Mais il y a loin de ces réflexions sages et prudentes à conclure, suivant la seconde proposition de M. le docteur Dechaux, que la stérilité de la femme n'est presque jamais une maladie, qu'elle ne touche que par le plus mince de ses bords à la médecine, qu'elle est, au contraire, d'ordre providentiel, une richesse et une force dans l'hnmanité, une intention de la nature dans le but de ménager, concurremment avec les stériles volontaires, cette autre légion bien autrement précieuse de stériles naturelles ou forcées, indispensable, selon lui, pour suppléer à l'insuffisance des mères et des grand'mères dans l'élevage indéfini des enfants, et venir, en outre, matériellement en aide aux familles trop souvent à bout de ressources!

Nous ne pouvons suivre notre confrère dans un ordre d'idées, qui nous obligerait à entrer dans des considérations de morale et de philosophie, que les limites déjà dépassées de ce rapport ne nous permettent pas d'aborder. Nous craignons toutefois que M. le docteur Dechaux, qui, quelque part dans son livre, se prévaut avec un juste sentiment d'orgueil de la haute amitié de notre regretté Claude Bernard, ne se soit pas toujours inspiré des leçons de ce maître illustre, sur les conditions dans lesquelles l'esprit humain doit rigoureusement se mouvoir pour arriver à la connaissance de quelques vérités dans l'étude si complexe des phénomènes de la vie. Autrement, il se serait montré moins absolu dans ses affirmations. « Si, comme le disait le grand expérimentateur, dont nous venons de rappeler le nom, le sen« timent fait taire la raison, nous sommes hors de la science, et nous arrivons dans les vérités « irrationnelles de foi et de tradition. Si la raison n'invoque pas sans cesse l''expérience, « nous tombons dans la scolastique, et sous la dénomination inévitable des systèmes (2). » Or, c'est là, croyons-nous, le double écueil que dans le livre, d'ailleurs très intéressant, que nous venons d'analyser devant vous, notre savant confrère n'a pas toujours su éviter.

Messieurs,

M. le docteur Dechaux, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut, médecin en chef

(1) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, par Cazeaux, 7e édition, revue par S. Tarnier, 1867, p. 93.

(2) *La science contemporaine*, par Claude Bernard, 1878, p. 81.

de l'hospice de Montluçon, auteur de publications importantes sur divers sujets de médecine, de chirurgie et de gynécologie, est digne à tous égards de vos bienveillants suffrages. Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous proposer de l'admettre au nombre de vos membres correspondants.

—

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. Duboué (de Pau), membre correspondant, une note sur un mode d'extraction sans opération sanglante d'un tube à drainage tombé accidentellement dans la cavité thoracique. Ce tube avait 76 centimètres de longueur et le diamètre n° 10 de la filière Charrière. Voici le procédé employé par M. Duboué. Il s'est servi d'un de ces cordonnets élastiques, en caoutchouc, revêtu de soie, qui servent de cordons de montre. Il avait le diamètre n° 5 de la filière Charrière, et une longueur de 50 centimètres. Il fut replié en deux parties égales, de manière à en faire une anse, dont l'opérateur introduisait chaque jour le milieu dans l'ouverture fistuleuse de la peau, à travers laquelle il était facile de la faire pénétrer complètement dans la cavité thoracique. Puis saisissant au dehors les extrémités libres de cette anse, M. Duhoué les attirait lentement de manière à retirer l'anse tout entière du sac pleural accidentel, et à lui faire suivre en sens inverse le chemin qu'elle avait une première fois parcouru. On répétait une ou deux fois cette manœuvre à chaque visite. Après quelques jours de ces essais, le tube fut enfin saisi dans l'anse, et l'on put en faire saillir au dehors, en imprimant une forte secousse, environ deux centimètres. Puis la totalité fut extraite avec facilité.

M. DE BEAUVAIS cite, à ce sujet, un cas dans lequel un tube à drainage tombé dans la cavité thoracique, à la suite d'une profonde inspiration, fut retiré assez facilement en dilatant progressivement l'ouverture fistuleuse avec un bouchon de laminaria, en faisant des injections dans le sac pleural, puis en introduisant de longues pinces qui finirent par trouver et atteindre le corps étranger et l'attirer au dehors.

—

Election. — On procède au dépouillement du scrutin, ouvert pour la nomination de M. le docteur Guiter (de Cannes), ancien interne des hôpitaux, au titre de membre correspondant. M. le Président déclare qu'il a réuni l'unanimité des votants. En conséquence, M. Guiter est nommé membre correspondant.

—

M. DE BEAUVAIS, secrétaire général, demande la parole pour signaler à ses collègues un fait très rare à Paris. C'est l'invasion des moustiques dans certains quartiers du centre, aussi bien que dans d'autres très éloignés, tels que la Villette, les Champs-Elysées.

La piqûre de ces insectes a produit chez les adultes et surtout chez les enfants des affections papulo-vésiculeuses très douloureuses, accomgagnées de gonflement des paupières, des lèvres, très prononcé et persistant. A quoi peut-on attribuer la présence insolite et prolongée depuis plusieurs mois de ces insectes ? Est-ce à l'humidité permanente, est-ce à l'odeur des égouts ? Quel remède peut-on recommander contre les insectes et contre leurs blessures fort désagréables ?

M. ROUGON rappelle l'usage de l'huile de noix de coco; M. LEBLOND conseille les lotions de macération de quassia amara, d'huile de pétrole. M. PERRIN dit qu'en Italie, à Venise en particulier, on se sert de trochisques, qu'on fait brûler dans les appartements et dont les vapeurs font périr les moustiques.

M. DE BEAUVAIS ajoute que, pour son compte, il est obligé toutes les nuits de se couvrir le visage d'une espèce de moustiquaire comme dans le midi.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr DELEFOSSE.

JOURNAL DES JOURNAUX

Trois cas de lésions cérébrales. Contribution à l'étude des localisations, par MM. VERDALLE et PRIOLEAU. — Le premier malade était atteint d'une hémorrhagie méningée gauche, s'étendant de la scissure de Sylvius au bord supérieur de l'hémisphère, et recouvrant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ainsi qu'une partie des deux premières circonvolutions pariétales. La sensibilité était intacte; il avait existé de la parésie motrice à droite, de la contracture papillaire à gauche, de la congestion pulmonaire, de l'insuffisance aortique, et avant la mort de la contracture des membres droits.

Le deuxième malade était un alcoolique, atteint d'une hémorrhagie du corps strié, de la

couche optique, de la capsule interne et d'une partie de la capsule externe du côté droit. L'hémisphère gauche était recouvert entre la deuxième circonvolution temporale et les pariétale et frontale ascendantes par une hémorrhagie en nappe. L'hémiplégie était complète à gauche. Les membres droits étaient dans la parésie, l'anesthésie, et avaient présentés des contractures.

Chez le troisième malade, on n'observa aucun symptôme de paralysie ni d'anesthésie, mais seulement du coma. L'hémisphère droit est normal, mais l'hémisphère gauche est le siège d'une méningite. Il existait un ramollissement et un abcès du lobe sphénoïdal de ce même côté. *Journal de médecine de Bordeaux*, p. 638, 2 juillet 1882.

Traitement des hémorrhoïdes, par le docteur GAVOY. — L'auteur a employé avec succès le procédé suivant dans des cas rebelles. Il consiste à obtenir une réfrigération des vaisseaux hémorrhoïdaires, et une coagulation hémoplastique isolée du torrent circulatoire. A cet effet, la tumeur est pédiculée au moyen d'une bande de linge enroulée autour de son pédoncule et déterminant la stase sanguine. Ce ruban de linge n'est pas noué et la tumeur devient résistante comme une balle de caoutchouc. On promène alors à sa surface un morceau de glace; de façon à la faire diminuer de volume. Après quelques instants, celle-ci se ride, et, pour la réduire, on attend un certain laps de temps.

Pour employer ce procédé, il est inutile d'anesthésier le malade, et le résultat, d'après l'auteur, serait immédiat. Il faut avoir soin de serrer le pédicule de façon à provoquer la stase sanguine. On pourrait essayer l'emploi de cette médication contre les tumeurs érectiles. (*Recueil de mém. de méd. et de chir. militaires*, 1882, mai, juin, p. 317.) — L. D.

COURRIER

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Pruvot, licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Camus, démissionnaire.

ACCIDENT SURVENU A M. SPOTTISWOODE. — M. Spottiswoode, l'ancien président de la *British Association*, s'est malheureusement cassé le bras ces jours-ci. M. Spottiswood, qui est un très grand imprimeur de Londres, est bien connu par ses travaux sur l'électricité et sa grande bobine d'induction.

Il venait justement d'organiser toute une nouvelle disposition d'appareils pour étudier les lois qui régissent l'action de l'électricité. On espère, d'ailleurs, que cet accident n'aura pas de suites graves, et que M. Spottiswoode pourra bientôt reprendre ses intéressantes recherches.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU TABAC DES CIGARES ET CIGARETTES. — Les substances vénéneuses que contient la fumée du tabac sont l'oxyde de carbone, l'acide sulfhydrique, l'acide prussique, les bases de nicotine et la nicotine. C'est cette dernière seule qui peut agir. La proportion de nicotine contenue dans la fumée dépend de la composition du tabac; mais la quantité de nicotine que donne un cigare est en raison inverse de la dimension de la partie non fumée. La combustion du cigare n'en détruit qu'une petite partie. Comme la nicotine est soluble dans l'alcool, il est probable que l'usage des boissons fermentées empêche l'accumulation locale du poison.

Des expériences du docteur Troitrisky, il résulte que l'acte de fumer exerce une plus grande influence sur le pouls que sur la température. Il a fait 600 observations sur 25 personnes, groupées d'après leur constitution. Le jour où elles fumaient, la température moyenne s'élevait chez elles dans le rapport de 1,008 à 1,000, tandis que la fréquence du pouls croissait dans le rapport de 1,180 à 1,000.

D'après la *Lancet*, l'usage de la cigarette est beaucoup plus malsain que celui du cigare. Sans s'en apercevoir, le fumeur de cigarettes absorbe beaucoup plus de nicotine.

—

Le érant, RICHELOT.

PARIS. — ypographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Membres du Comité : **BROUARDEL**, professeur à la Faculté, méd. de l'hôp. de la Pitié. — **SIREDEY**, méd. de l'hôpital Lariboisière. — **LUYS**, médecin de la Salpêtrière. — **GRANCHER**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôpital Necker. — **H. HALLOPEAU**, agrégé à la Faculté, méd. de l'hôp. St-Antoine. — **H. HUCHARD**, méd. de l'hôp. Tenon. — **G. HUMBERT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — **H. PETIT**, sous-biblioth. à la Faculté. — **Ch. ELOY**, ancien interne des hôpitaux.

CLINIQUE MÉDICALE

UN CAS DE LADRERIE CHEZ L'HOMME.

COÏNCIDENCE DE TÉNIA SOLIUM ET DE CYSTICERQUES.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 août 1882,

Par M. TROISIER, agrégé, médecin du Bureau central.

La ladrerie chez l'homme se rencontre de temps en temps à Paris. MM. Féréol, Rathery et Duguet, pour ne parler que des faits les plus récents, ont montré à la Société des hôpitaux en 1879 et en 1880 des malades atteints de cette affection (1).

Celui que je vous présente aujourd'hui m'a été adressé par mon ami le docteur Fournaise, qui avait parfaitement établi le diagnostic avant de m'amener son malade.

Cet homme (M. H..., monteur en bronze) est âgé de 36 ans; il a toujours habité Paris. Au mois de septembre 1881, il consulta M. Fournaise pour une petite tumeur ovoïde, de la grosseur d'une noisette, située dans l'épaisseur de la joue droite. M. Fournaise pensa immédiatement qu'il s'agissait d'un cysticerque; il s'abstint de tout traitement et pria son client de venir le revoir au bout de quelques mois, supposant que d'autres tumeurs apparaîtraient tôt ou tard.

En effet, il est apparu depuis cette époque quinze à vingt nouveaux kystes : 4 au cou, 2 au thorax, 1 à l'épigastre, 1 au dos, 2 au périnée, 2 à la cuisse droite, 1 au pli de l'aine gauche, 1 à chaque bras. Ces kystes paraissent situés dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous l'aponévrose superficielle des muscles; ils sont ovoïdes, mesurant un centimètre environ dans leur plus grand diamètre, et cinq à six millim. en largeur; ils sont lisses et de consistance ferme; quelques-uns ne dépassent pas les dimensions d'un grain de blé et sont durs comme de la pierre.

M. Fournaise m'amena cet homme à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet dernier; je le fis voir à M. Vulpian qui confirma comme moi le diagnostic de M. Fournaise. D'ailleurs, le malade consentit à se laisser enlever un de ses kystes. Je fis l'ablation de celui qui siégeait à la partie supérieure et externe du bras gauche : après avoir produit l'anesthésie locale par une pulvérisation d'éther, je fis à la peau une incision de trois centimètres environ; il fallut dépasser le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, et ce n'est qu'après avoir ouvert l'aponévrose superficielle du deltoïde que le kyste a pu être enlevé avec une spatule. Ce kyste ressemblait tellement à certaines capsules médicamenteuses, que cette comparaison vînt immédiatement à l'esprit de plusieurs assistants. Il contenait un liquide limpide comme de l'eau. Il était composé de deux parties : une coque externe formée par une membrane d'apparence fibreuse et une vésicule contenue dans cette coque. En un point de la vésicule existait une tache grisâtre, au niveau de laquelle j'ai trouvé à l'examen microscopique des crochets de cysticerques et des corpuscules calcaires; je mets sous vos yeux cette préparation qui laisse à désirer sous certains rapports, car il m'a été impossible d'étudier les caractères de la tête, de voir les ventouses et de compter exactement le nombre des crochets.

Quoi qu'il en soit, il ne reste aucun doute sur la nature de ces kystes, et il s'agit

(1) Le travail le plus récent sur ce sujet est dû à M. Pellot. (*De la ladrerie chez l'homme*, Thèse inaug. 1880.)

bien ici d'un cas de ladrerie, si toutefois on peut donner ce nom à la présence d'une quinzaine de cysticerques sous la peau (1). Existe-t-il un plus grand nombre de cysticerques situés soit dans la profondeur des muscles, soit dans les viscères ? Il est impossible de le dire.

J'ajoute que cet homme ne présente aucun symptôme pouvant se rattacher au développement et à la présence de cysticerques et que sa santé ne paraît avoir été troublée à aucun moment.

Ce qui donne un intérêt tout particulier à ce fait, c'est que M. H... a eu le ténia solium l'année dernière. En août 1881, il s'aperçut qu'il rendait des cucurbitains avec ses garde-robes; en octobre il prit sur le conseil de M. Fournaise une dose de kousso granulé (16 gram.). Le ver fut expulsé avec la tête qui présente, ainsi qu'on peut le voir dans cette préparation, tous les caractères de celle du ténia solium ou ténia armé; quatre ventouses et une double couronne de crochets.

Cette coïncidence a déjà été signalée un certain nombre de fois (2) et, comme on admet géralement que les cysticerques de l'homme proviennent, comme ceux du porc, du ténia solium, quelques auteurs ne craignent pas d'avancer que le développement des cysticerques chez les porteurs d'un ténia solium peut résulter d'une auto-infection : dans cette hypothèse, des proglottis parviendraient dans l'estomac, en passant de l'intestin vers la cavité stomacale (3); on sait, en effet, qu'il est nécessaire que les œufs fécondés subissent l'action du suc gastrique pour que les embryons hexacanthes soient mis en liberté. On peut encore supposer dans ces cas de coïncidence de cysticerques avec le ténia, que le même individu a pu ingérer accidentellement des œufs expulsés par lui.

Quoi qu'il en soit, si les cysticerques de l'homme, qui présentent une analogie frappante avec ceux du porc, ne sont autre chose que les larves du ténia solium, il faut admettre que ce cestoïde peut vivre chez l'homme à l'état de scolex et à l'état de strobile, ce qui est une exception remarquable à la loi de la génération alternante, formulée par Steenstrup. C'est d'ailleurs ce que les expériences de M. Redon semblent démontrer. Ce médecin, sur les conseils de MM. Lortet et Chauveau, a eu le courage d'ingérer quatre cysticerques recueillis sur un cadavre échoué à l'amphithéâtre des hôpitaux de Lyon. « Après trois mois et deux jours d'attente, dit-il, j'ai constaté la présence de cucurbitains dans mes selles. Au premier examen, M. Lortet, des plus autorisés en helminthologie, crut pouvoir affirmer que les proglottis et les œufs appartenaient au ténia solium. Cette opinion a été bientôt confirmée par l'expulsion d'un strobile complet, qui sera déposé au Musée de la Faculté de médecine de Lyon. » Pour rendre son expérience plus probante, M. Redon fit avaler des cysticerques à un certain nombre de porcs et à des chiens à la mamelle; ces cysticerques, dit-il, pouvant être ceux d'un ténia porté par un animal en relation fréquente avec l'homme. « Des trois sujets mis en expérience, ajoute-t-il, un seul, l'homme, a fourni le milieu favorable (4). » M. Redon conclut de ses expériences qu'il y a identité complète entre

(1) « Très rarement, dit Davaine, le cysticerque ladrique se trouve chez l'homme en quantité suffisante pour qu'on puisse donner à cette condition le nom de ladrerie. » (*Dict. encycl. des sc. méd.*, article *Cysticerque*, p. 591.)

(2) Observations de Leudet, Broca, Féréol, Frerichs, etc. Les principaux cas publiés sont rapportés par Lewin dans un travail intitulé : Ueber cysticercus cellulosæ und sein Vorkommen in der Haut des Menschen (*Charité-Annalen*, 1875; Berlin 1877.) — Il faut éliminer bien entendu de cette catégorie tous les cas de coïncidence de ténia *inerme* avec les cysticerques.

(3) Cette possibilité de l'immigration dans l'estomac, dit M. Pellot, p. 78, est admise par Lewin, qui invoque à l'appui de cette opinion certains faits constatés à l'autopsie, tels que la présence de l'helminthe près du pylore; la direction de ces derniers anneaux, c'est-à-dire des proglottis à maturité, situés plus près de l'estomac que la tête; l'auteur s'appuie en outre sur les mouvements antipéristaltiques de l'intestin. Des portions plus ou moins grandes de ténia ont pu être rendues dans des efforts de vomissements et Lewin en a rassemblé plusieurs exemples, parmi lesquels celui de Lavalette. (Académie de méd., 1828.)

(4) Redon. Expériences sur le développement rubanaire du cysticerque de l'homme. (*Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, oct., 1877.)

le cysticerque de l'homme et celui du porc, puisqu'un cysticerque provenant d'un cadavre humain a pu donner naissance à un ténia solium, ainsi que l'aurait fait le cysticerque ladrique.

Cet entozoaire pourrait donc vivre à l'état cystique et à l'état rubanaire chez l'homme, et son évolution de larve à l'état strobilaire pourrait s'effectuer, sinon chez le même individu, du moins dans la même espèce (1). S'il en est ainsi, on peut également supposer que le ténia solium peut déterminer la ladrerie aussi bien chez l'homme que chez le porc.

Mais revenons à notre malade. Que devons-nous faire pour le débarrasser de ses quinze à vingt kystes? Il me paraît inutile de tenter une médication interne quelconque. Je sais bien que les cysticerques, après une durée plus ou moins longue (7 à 8 mois, dans le cas de M. Duguet) finissent par disparaître spontanément. Mais, comme ils sont ici accessibles, ne pourrait-on pas les attaquer directement? Broca, dans un cas semblable, en a écrasé entre les doigts plus de trois cents, après les avoir piqués avec une aiguille. D'autres ont proposé d'injecter dans l'intérieur du kyste une goutte d'une substance irritante. Je me demande si l'on ne pourrait pas aspirer le liquide du kyste avec une seringue de Pravaz; on déterminerait ainsi la mort du cysticerque, comme on obtient quelquefois celle de l'échinoccoque et la guérison des kystes hydatiques par la même opération (2).

(1) Je ne sais si M. Mégnin a invoqué ce fait à l'appui de sa théorie sur le développement des ténias, théorie que l'on trouve nettement exposée dans le passage suivant de l'un des mémoires de cet helmintologiste: « La vraie règle est que les ténias peuvent suivre toutes les phases de leur développement dans le même animal, depuis l'état de pro-scolex ou d'embryon hexacanthe, jusqu'à celui de proglottis ou cucurbitains remplis d'œufs, en passant par les états intermédiaires d'hydatide ou larve vésiculaire, de scolex, puis de strobile ou état rubanaire. En un mot, les migrations, par l'intermédiaire des carnassiers, qu'on a crues jusqu'à présent indispensables et le seul moyen pour les ténias d'arriver à l'état adulte apte à la reproduction, ne sont qu'un deuxième moyen, parallèle au premier, employé par la nature pour mieux assurer la conservation de l'espèce. » *Nouvelles observations sur le développepement et les métamorphoses des ténias des mammifères. Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1879, p. 227.

(2) Peu de temps après la présentation de ce malade à la Société des hôpitaux, ces kystes furent ponctionnés par M. Fournaise au moyen de l'aiguille-canule de la seringue de Pravaz; mais il ne fut pas nécessaire d'aspirer le liquide qui s'écoula soit en bavant, soit en formant un jet sous l'influence de la pression de la petite tumeur entre les doigts. Tous les kystes ponctionnés ont disparu; mais le malade n'est pas complétement débarrassé de ses parasites, car il est survenu quelques autres cysticerques sous-cutanés depuis le mois d'août dernier et peut-être en existe-t-il d'autres encore qui ne sont pas appréciables en ce moment (décembre 1882).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Présentations. — Rapport sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux devenu purement artériel par l'oblitération de l'orifice de communication de la veine avec l'artère. — Discussion sur le traitement chirurgical des névralgies. — Élection d'un membre titulaire.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, un volume intitulé: *Traité des opérations usuelles*, contenant le résumé pratique des indications et du manuel opératoire des opérations que les chirurgiens sont journellement appelés à pratiquer. Cet ouvrage est le pendant du *Traité des opérations d'urgence*, du même auteur, qui en est à sa deuxième édition.

M. Verneuil présente, en second lieu, une observation manuscrite de M. le docteur Léger (d'Amiens), intitulée: *Ostéo-sarcome du fémur; désarticulation de la hanche; hémorrhagie secondaire; guérison.*

M. Léon Le Fort présente, au nom de M. le docteur Follet (de Lille), une note manuscrite sur une modification du procédé opératoire de l'amputation ostéo-plastique du pied.

—

M. le Président est heureux de pouvoir donner d'excellentes nouvelles de la santé de M. Le Dentu, qui avait inspiré de vives idquiétudes et qui, grâce à l'opération de l'empyème pratiquée par M. Verneuil, s'est tellement améliorée que le malade peut être considéré comme étant entré maintenant en pleine convalescence.

Tous ceux qui connaissent M. Le Dentu apprendront avec satisfaction les heureuses nouvelles données par M. le Président de la Société de chirurgie.

— M. Polaillon lit un rapport sur une observation d'anévrysme artérioso-veineux devenu purement artériel par suite de l'oblitération de la veine qui communiquait avec l'artère. Cette observation, adressée par M. le docteur Gripat, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers, est relative à un individu qui s'était fait, à l'âge de 11 ans, avec un canif, une plaie à la partie antérieure du pli du bras. Il en était résulté une tumeur anévrysmale du volume d'une petite noix qui demeura stationnaire pendant quarante-deux ans, puis prit tout à coup, dans les derniers temps, un accroissement énorme, accompagné de gonflement œdémateux très considérable du bras et de l'avant-bras et menace de rupture imminente du sac; on constatait au niveau de la tumeur des battements expansifs très marqués, le thrill et le bruit de souffle s'entendaient à distance; le pouls radial était insensible.

L'amputation du bras devenait la seule ressource; elle fut pratiquée, la plaie fut pansée suivant la méthode antiseptique. Les suites de l'opération se passent de la façon la plus régulière, et la guérison s'effectue sans accident.

L'examen de la tumeur a montré le sac rempli de caillots fibrineux, l'artère humérale aplatie et très athéromateuse, la veine humérale oblitérée jusqu'à la partie supérieure du bras. On constatait le point d'abouchement de la veine dans le sac, indiquant qu'il y avait eu à un moment donné entre l'artère et la veine une communication interrompue par suite de l'oblitération de la veine, soit par thrombose veineuse et phlébite oblitérante consécutive, soit par des caillots lancés en même temps dans la veine et l'artère.

—

La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire. La commission présente : en première ligne, *ex æquo,* MM. Blum et Richelot; en deuxième ligne, *ex æquo,* MM. Bouilly. Humbert et Reclus; en troisième ligne, M. Schwartz.

Le nombre des votants étant de 26, majorité 14, M. Blum obtient 10 suffrages, M. Richelot 6, M. Reclus 6, M. Bouilly 3, M. Humbert 1.

En conséquence, aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, on passe à un deuxième tour de scrutin.

Deuxième tour. — Le nombre des votants étant de 24, majorité 13, M. Richelot obtient 10 suffrages, M. Blum 8, M. Reclus 5, M. Bouilly 1.

Aucun des candidats n'ayant encore obtenu la majorité, on passe à un scrutin de ballottage entre MM. Richelot et Blum.

Troisième tour de scrutin. — Le nombre des votants étant de 25, majorité 13, M. Richelot obtient 16 suffrages, M. Blum 9.

En conséquence, M. Richelot ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

—

Traitement chirurgical des névralgies. — Dans la dernière séance, M. Pozzi a lu un rapport très étudié sur un travail de M. le docteur Blum, intitulé : *Du traitement chirurgical des névralgies.*

M. Blum indique une nouvelle méthode du traitement chirurgical des névralgies : l'arrachement.. Jusqu'à lui on n'avait pratiqué que la section ou névrotomie, l'excision ou névrectomie et l'élongation ; il propose un quatrième procédé opératoire qui consiste dans l'arrachement du nerf malade.

M. Blum a eu l'occasion de pratiquer l'arrachement du nerf sous orbitaire chez une malade atteinte de névralgie faciale rebelle et extrêmement douloureuse.

La malade, âgée de 68 ans, avait commencé par éprouver des accès névralgiques, dans le côté gauche de la face, qui s'étaient d'abord manifestés au printemps et en automne, puis s'étaient établis en permanence ne laissant plus à la patiente aucun repos. Les douleurs, d'une extrême violence, avaient principalement leur siège à la lèvre supérieure, au nez et à l'œil du côté gauche. Elles étaient accrues par le plus léger contact, par l'action de manger, de boire, de parler, de se moucher, etc. Elles s'accompagnaient de mouvements convulsifs de la face et d'une sécrétion abondante de larmes et de liquide salivaire.

La sensibilité de la face était intacte, sauf l'hyperesthésie.

La malade avait épuisé toutes les médications internes; elle s'était fait arracher successivement toutes les dents sans éprouver la moindre amélioration. Elle suppliait qu'on lui fit une opération quelconque qui la délivrât de ses tortures, qui ne lui laissaient ni repos ni trève.

M. Blum, après l'avoir chloroformisée, découvrit, à l'aide d'une incision, le nerf sous-orbitaire, et pratiqua l'élongation jusqu'à rupture périphérique du nerf. Cette opération a été suivie de la disparition complète des douleurs, qui n'avaient pas reparu au bout de deux mois.

M. le rapporteur fait remarquer que, avant M. Blum, l'arrachement des nerfs avait été produit dans un certain nombre de cas, mais par accident et non dans un but thérapeutique. Cet accident est arrivé par ordre de date à M. Panas, en pratiquant l'élongation du nerf frontal externe ; à M. Badal (de Bordeaux) en pratiquant l'élongation du nerf sous-orbitaire; à M. Monod, enfin pendant l'élongation du nerf frontal externe.

Dans ces trois cas, l'amélioration n'a été que temporaire; chez le malade de M. Monod, elle a été de vingt jours seulement.

M. le rapporteur ne trouve pas une grande différence entre l'arrachement et l'élongation au point de vue des résultats thérapeutiques, et ces résultats sont loin, à son avis, d'être satisfaisants. D'autre part, on sait que l'élongation n'est pas sans danger; à plus forte raison l'arrachement.

MM. Tillaux et Nicaise ont cité des cas dans lesquels l'élongation de l'une des branches du trijumeau a été suivie dans un cas de la fonte purulente de l'œil, dans un autre cas d'accidents graves du côté du cerveau. M. Nicaise a montré qu'il fallait, à ce point de vue, distinguer avec soin les résultats de l'élongation, suivant qu'elle est pratiquée sur les nerfs rachidiens. Dans le premier cas, la transmission de l'action traumatique chirurgicale au cerveau peut amener les accidents les plus redoutables et même la mort.

Cela étant, M. le rapporteur déclare qu'il accorde de beaucoup la préférence à la névrectomie ou excision des nerfs sur l'arrachement et l'élongation, dans les cas de névralgie du trijumeau. La névrectomie, outre qu'elle est toujours sans danger aurait, suivant lui, une efficacité thérapeutique beaucoup plus grande et plus durable que l'élongation et l'arrachement.

Bien qu'il n'adopte pas les conclusions du travail de M. Blum, partisan de l'arrachement, M. le rapporteur n'en reconnaît pas moins que le mémoire de ce chirurgien constitue un travail très intéressant et contenant des vues réellement originales.

En conséquence il propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments; 2° d'insérer son travail *in extenso* dans les *Bulletins*; 3° d'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire. (Adopté.)

Une discussion s'est engagée aujourd'hui sur le rapport de M. Pozzi.

M. Berger a institué des expériences d'amphithéâtre au sujet de l'arrachement des branches de la cinquième paire, soit au point d'émergence des cordons nerveux, soit à une distance plus ou moins considérable de ce point; il a toujours constaté que, pour le nerf sous-orbitaire, par exemple, l'arrachement s'effectue seulement à 1 centimètre ou à 1 centimètre 1/2 du point où s'opère la traction ; il en a été de même pour le nerf frontal externe et pour le nerf frontal interne, Jamais l'arrachement n'a pu s'étendre au delà de 1 à 1 centimètre 1/2. M. Berger déclare qu'à son avis les chirurgiens qui ont pratiqué l'élongation ou l'arrachement dans le but de remédier à des névralgies, se sont trop hâtés de recourir à ces opérations avant d'avoir épuisé les ressources de la thérapeutique ordinaire, et, en particulier, celles que fournit l'électricité maniée par un homme compétent.

M. Berger a observé un cas de névralgie faciale, de tic douloureux de la face, datant de plus de dix ans et ayant réduit le malade à l'inactivité absolue, guéri complètement en trois mois par les courants continus associés aux courants interrompus, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à ces opérations chirurgicales, lesquelles comportent toujours beaucoup d'aléa. Il croit que l'on devrait, avant de recourir à l'*ultima ratio* : l'opération, insister davantage sur l'emploi de ce moyen, y persévérer, sans découragement, pendant des semaines et des mois, car il s'écoule généralement un temps très long avant que l'on obtienne une amélioration très sensible; on emploie d'abord les courants continus auxquels on associe ensuite la faradisation.

M. Monod a fait deux opérations d'élongation du nerf sous-orbitaire, dont l'une a été suivie de la rupture accidentelle du nerf; cette rupture a eu lieu à une petite distance du point où se faisait la traction. Le malade sur lequel le nerf a été arraché n'a pas tardé à éprouver une

récidive de sa névralgie, tandis que celui qui a subi l'élongation simple n'a pas eu de récidive.

M. Pozzi dit que, dans l'élongation et l'arrachement, l'action thérapeutique se trouve bornée à la portion terminale du nerf, tandis que la névrectomie, pratiquée suivant la méthode nouvelle, que l'on pourrait appeler *française*, de Létiévant, heureusement modifiée par M. Tillaux, atteint le nerf au niveau des branches collatérales et exerce sur la névralgie faciale une action plus efficace, tout en étant plus bénigne.

M. Marchand a pratiqué la névrectomie du nerf sous-orbitaire, dans un cas de névralgie faciale, et l'opération n'a donné aucun résultat.

M. Tillaux dit que le procédé de résection par la voie orbitaire ne peut pas conduire bien loin ; en suivant la paroi de l'orbite, on ne peut sectionner que la portion terminale du nerf ; pour atteindre le tronc du nerf maxillaire supérieur, au niveau du ganglion de Meckel, il faut pénétrer dans la fosse ptérygo-maxillaire ; pour cela, on traverse le sinus maxillaire dont on défonce la partie postérieure pour arriver jusqu'au ganglion de Meckel.

Du reste, les deux méthodes, celle par la voie orbitaire et celle par le sinus maxillaire, ne s'excluent pas l'une l'autre ; elles répondent à des indications différentes, la première s'adressant à la névralgie périphérique, l'autre à la névralgie profonde.

M. Verneuil est d'accord avec M. Berger, pour conseiller aux jeunes chirurgiens de ne pas se hâter d'intervenir, par des opérations, dans les névralgies même les plus rebelles et d'employer avec persévérance les ressources de la thérapeutique ordinaire. Il croit devoir rappeler à ce propos l'observation d'un individu auquel il avait pratiqué l'amputation de la jambe, et auquel il a réséqué 6 centimètres du nerf sciatique, le nerf saphène et le nerf musculo-cutané, pour une névralgie du moignon, le tout sans aucun résultat, et qui, après cela, a parfaitement guéri en six semaines par l'emploi de l'hyosciamine.

On s'agite beaucoup aujourd'hui pour discuter sur les divers procédés du traitement chirurgical des névralgies ; on compare entre elles la section simple, la résection, l'élongation ; celle-ci est devenue aujourd'hui à la mode et a rendu quelques services, bien que ce soit une opération évidemment moins réglée que la section simple et la résection.

Si l'on examine les observations et les résultats obtenus par ces diverses opérations, il est facile de voir qu'il y a eu des succès par chacune d'elles et qu'il y a eu, par contre, des cas où toutes les méthodes ont également échoué. Les partisans de la résection expliquent l'insuccès de la section simple, disant que cette dernière opération n'empêche pas le rétablissement de la continuité du nerf, favorise les récidives de la névralgie. Cette objection peut se soutenir quand il s'agit d'opérations pratiquées sur la face où le chirurgien n'est pas libre d'enlever une portion plus ou moins considérable du nerf malade et doit se borner le plus souvent à la simple section ; mais, aux membres, on a pu retrancher jusqu'à six centimètres et davantage du nerf sciatique, du nerf médian, du nerf radial, etc., sans obtenir la guérison de la névralgie. Il faudrait, pour guérir certaines névralgies de siège interstitiel, pouvoir réséquer le nerf dans toute sa longueur, c'est-à-dire en pratiquer l'ablation complète. Ce n'est pas par des procédés opératoires que l'on peut espérer d'avoir raison de cas de ce genre.

En résumé, M. Verneuil conjure les jeunes chirurgiens qui l'écoutent de ne pas chercher dans les procédés opératoires les moyens de traitement des névralgies. L'arrachement que l'on vient proposer aujourd'hui est le plus infidèle et le plus dangereux de ces procédés. On a vu des myélites mortelles être le résultat de cet arrachement. M. Brown-Séquard, dans ses expériences sur les animaux, a montré que l'arrachement des nerfs détermine des lésions graves et persistantes des centres nerveux.

M. Nicaise cite un cas de névralgie sciatique rebelle, dans lequel il a vu se produire les mêmes phases que dans le cas de M. Verneuil. Il a pratiqué pour une névralgie du moignon, sur un amputé de la cuisse, la résection du nerf sciatique ; un mois après l'opération, la névralgie était revenue aussi violente qu'auparavant ; le malade accusait des douleurs intolérables dans le pied du membre amputé. L'hyosciamine fut administrée sans succès ; sur le conseil de M. Vulpian, pour qui les névralgies ont leur siège dans les centres nerveux, on fit des applications de pointes de feu à titre de moyen révulsif ; les douleurs ne cédèrent qu'à l'emploi du bromure de potassium à haute dose. Trois mois après, le retour de la névralgie fut combattu par le même moyen avec le même succès.

Il existe une variété de névralgie que l'on observe chez des individus en puissance d'épilepsie, si l'on peut dire ainsi, ou qui ont cette maladie à l'état latent. Dans un cas de ce genre la mort a été la conséquence presque immédiate de l'opération. Il s'agit d'un homme de 42 ans, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, atteint d'une névralgie du nerf den-

taire inférieur droit avec point douloureux spécial au niveau de la deuxième grosse molaire, qui avait été arrachée, quoique saine, sans le moindre résultat. La douleur était continue et s'exaspérait par les moindres mouvements des mâchoires; le malade ne pouvait plus manger, ni parler, ces actes constituant pour lui un inévitable supplice. Le malade étant venu consulter à Paris plusieurs médecins, M. Bouchard avait diagnostiqué chez lui l'existence d'une épilepsie d'après les deux circonstances suivantes : un jour, étant à la chasse, cet homme avait été pris tout à coup d'un état comateux qui fut attribué à un accès de fièvre pernicieuse et traité par le sulfate de quinine à haute dose; une autre fois, au moment où on venait de lui panser un vésicatoire avec de la morphine, il était tombé comme foudroyé et, pendant un moment on l'avait cru mort. MM. Vulpian, Charcot, Nélaton, Brown-Séquard, consultés après M. Bouchard, avaient partagé l'opinion de ce dernier, et déclaré qu'il n'y avait rien à faire au point de vue d'un traitement chirurgical. Cependant, le malade demandait à être débarrassé à tout prix des tortures intolérables que lui causait cette névralgie. M. Delore, de Lyon, se refusa absolument à pratiquer une opération sans le conseil et l'autorisation d'un médecin. Après bien des hésitations, M. le docteur Teissier, vaincu par les instances du malade, crut pouvoir accorder cette autorisation. M. Delore pratiqua alors la résection d'une partie du nerf dentaire inférieur. Quelques heures plus tard, le malade était frappé de mort subite, après avoir présenté un état d'angoisse tout particulier. Or, c'était en prévision et dans la crainte de cette terminaison funeste que les premiers médecins consultés avaient déclaré qu'il n'y avait rien à faire au point de vue opératoire.

Dans un cas analogue où le malade présentait ces phénomènes d'*aura*, de syncope, d'accidents comateux, indices probables d'une épilepsie latente, M. Nicaise, averti par cette expérience, s'est abstenu de toute opération.

M. Tillaux croit devoir rappeler un fait qu'il a déjà communiqué à la Société de chirurgie, de guérison d'une névralgie rebelle du nerf maxillaire supérieur par la résection de ce nerf. La malade, domestique chez le docteur Notta (de Lisieux), qui avait épuisé sur elle toutes les ressources de la thérapeutique, a été opérée en 1877, et, depuis cette époque, elle est restée complètement guérie.

M. Léon Le Fort pense que le siège du mal dans les névralgies est, en général, plutôt central que périphérique; c'est par une étrange illusion de la sensibilité que le malade rapporte à la périphérie le siège réel de la douleur, alors même que la partie périphérique a été enlevée. Il n'est donc pas surprenant que l'incision et même l'excision laissent très souvent les choses en l'état, bien que l'opération ait porté au delà du point où le nerf malade se distribue.

Il est cependant bien difficile de suivre le conseil donné par M. Verneuil de ne jamais opérer, lorsqu'on a devant soi un malade pour lequel la vie est devenue un long supplice et qui nous demandé à tout prix de le soulager. De toutes les opérations que l'on a proposées, section, résection, élongation, arrachement, M. Le Fort choisirait de préférence l'élongation qui semble avoir pour effet de déterminer un travail particulier, de nature encore inconnue, qui se passe dans toute l'étendue du nerf et dont l'action pouvant porter au delà du champ opératoire, jusque vers les centres nerveux, peut, par cela même, avoir plus d'efficacité que la section simple ou la résection.

M. Le Fort estime donc qu'il y a lieu de commencer par l'élongation avant de faire la section ou la résection.

M. Pozzi dit qu'il y a dans la science des cas de résection du nerf sous-orbitaire dans lesquels la guérison s'est maintenue pendant plusieurs années. Alors même que la guérison n'est que temporaire, il lui semble qu'il n'y a pas à hésiter, dans des cas où l'existence est devenue intolérable et où tous les moyens internes ont echoué, de pratiquer une opération simple, bénigne, exempte d'accidents, qui a l'avantage de soulager et même de guérir le malade, pour un temps plus ou moins long, et que l'on peut renouveler, d'ailleurs, sans graves inconvénients.

Dans les observations d'élongation la guérison, quand elle a été constatée, n'a jamais été suivie au delà de deux mois après l'opération, tandis que dans les cas de névrectomie la guérison a été constatée comme persistant encore après cinq ans (Tillaux), après un an (Nicaise), après quatorze mois (Schwartz), après quinze mois (Pozzi).

Il est évident que la résection ne saurait s'appliquer qu'à des exemples de névralgie limitée à une branche nerveuse, si la névralgie est généralisée à toutes les branches, comme dans les cas où le siège du mal se trouve dans les centres nerveux, on aurait tort de compter sur un succès et l'opération serait absolument contre-indiquée.

Il est des cas où la récidive saute d'une branche à une autre; mais dans ces cas, la

névrectomie peut être pratiquée de nouveau et être suivie d'un succès permanent ou temporaire.

M. Desprès, depuis vingt-sept ou vingt-huit ans qu'il voit des malades atteints de névralgie faciale, n'a pas eu l'occasion d'en rencontrer un seul qui présentât les indications de l'opération de la névrotomie. Il a eu à traiter, soit à l'hôpital Cochin, soit à la Charité, des névralgies rebelles et ayant passé par tous les traitements internes et externes, y compris la section et l'élongation ; or, il a toujours réussi à soulager les malades, soit en leur appliquant un masque de collodion, soit en leur faisant la cautérisation ponctuée.

Du moment que, d'après l'aveu même de M. Pozzi, la récidive saute d'une branche à l'autre du tronc nerveux atteint de névralgie, la névrotomie n'a pas de raison d'être et devient une opération illusoire. Enfin, le plus souvent, la névralgie faciale a pour point de départ des chicots laissés dans la bouche ; il suffit d'enlever ces chicots pour faire cesser les accès de névralgie.

M. Tillaux fait observer que la névrectomie a ses indications et ses contre-indications ; c'est au chirurgien de les chercher et de les découvrir. Quand la névralgie faciale est centrale, qu'elle n'est pas localisée, qu'elle est mal limitée, qu'elle occupe successivement ou simultanément les diverses branches du trijumeau, il n'y a pas lieu de pratiquer la résection ; cette opération convient parfaitement, au contraire, lorsque la maladie, qui dure depuis plusieurs mois ou plusieurs années, reste limitée au trajet du nerf, qu'elle siège avec persistance toujours au même endroit et qu'elle occasionne des douleurs intolérables que la thérapeutique ordinaire, employée avec toutes ses ressources, a été impuissante à guérir ou à soulager.

M. Léon Labbé dit que le chirurgien a toujours le droit et le devoir de pratiquer une opération lorsque la névralgie, rebelle à tous les autres modes de traitement, ne laisse plus de repos au malade, et, dans certains cas, le porterait à se débarrasser de ses tortures par le suicide. Dans un cas de ce genre, M. Léon Labbé a pratiqué la résection du nerf sous-orbitaire et, depuis trois ans que l'opération a été pratiquée, la guérison ne s'est pas démentie.

M. Léon Le Fort pense qu'il y a lieu de se demander, dans les cas de résection, si les résultats doivent être attribués à l'opération elle-même ; il a vu Malgaigne obtenir la guérison de la névralgie sciatique rebelle par la cautérisation du lobule de l'oreille. Il a eu à soigner, avant la dernière guerre, une vieille dame, de 85 à 86 ans, qui souffrait d'une névralgie abominable de la langue rebelle à tous les moyens ordinaires de traitement ; M. Le Fort proposa à la malade la section du nerf lingual, qu'elle refusa ; or, pendant le siège de Paris, la névralgie disparut tout à coup et ne revint qu'après le siège.

M. Le Fort est d'avis qu'il faut éviter de sectionner ou de réséquer les nerfs pour des lésions en apparence périphériques et qui sont centrales, en réalité. C'est pourquoi il préfère à ces opérations l'allongement, qui a pour effet de porter son action sur toute l'étendue du nerf jusqu'au centre nerveux, et qui, à ce point de vue, semble devoir donner de meilleurs résultats que la section ou la résection.

M. Magitot croit que M. Desprès commet une confusion en assimilant aux névralgies de la cinquième paire, d'origine dentaire, les cas dans lesquels se trouvent indiquées l'élongation ou la névrectomie. Ces derniers se distinguent cependant très nettement par leur forme et cette forme même devient une indication formelle de l'opération.

On connaît en effet la physionomie spéciale de cette névralgie des rameaux profonds ou cutanés du trijumeau, laquelle apparaît par crises aiguës, survenant au moindre mouvement, au moindre attouchement, à caractère intermittent et comme spasmodique, physionomie qui a valu depuis longtemps à ces phénomènes le nom de *tic douloureux de la face*.

Les névralgies d'origine dentaire sont tout autres, et, parmi leurs signes caractéristiques, on remarque qu'elles s'exaspèrent ou s'atténuent suivant les influences accidentelles ou provoquées dont la bouche est le siège : impression de certains corps étrangers, de l'air extérieur, des températures extrêmes, de certains agents médicamenteux, etc., lesquelles sont sans effet sur le tic douloureux. Leur thérapeutique est d'ailleurs celle des lésions initiales de l'appareil dentaire, carie, pulpite, périostite, ou bien l'avulsion de l'organe affecté. Cette thérapeutique est, ainsi qu'on l'a si souvent reconnu, absolument impuissante dans l'autre forme, qui relève dès lors de la névrectomie. — A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des paralysies atrophiques des membres supérieurs, par VIERORDT. — Le diagnostic différentiel peut en être posé au moyen des caractères suivants :

1° *Paralysie périphérique traumatique.* — Les troubles moteurs sont bornés à la sphère du tronc nerveux atteint. Les troubles de la sensibilité sont loin de marcher parallèlement ; les résultats des investigations électriques sont contradictoires. Interviennent quelquefois les lésions d'une névrite secondaire.

2° *Névrose périphérique.* — Les troubles moteurs localisés à un territoire nerveux déterminé ; la faiblesse musculaire précède le plus souvent l'atrophie ; ces deux symptômes peuvent être cependant contemporains. La sensibilité est en partie abolie dans la région correspondante, quelquefois sur un point très circonscrit ; d'autres fois, elle survit à tous les autres troubles moteurs et trophiques. Résultats des recherches électriques variables. Réaction de dégénérescence complète ou partielle dans la majorité des cas. Tuméfaction sur le trajet du nerf; douleurs locales ; irradiations centripètes. »

3° *Atrophie musculaire progressive.* — Plus ou moins diffuse : quelquefois très irrégulièrement répartie ; ailleurs répondant à certains territoires nerveux. Début par les muscles de la main. Atrophie et parésie marchant de pair. Aucun trouble de la sensibilité. Réaction de dégénérescence ordinairement partielle, quelquefois complète, au début ; nulle dans le stade final. Très fréquemment, des contractions fibrillaires.

4° *Poliomyélite antérieure chronique.* — Dégérescences musculaires irrégulièrement diffuses. Ordinairement la parésie débute. L'atrophie suit ; mais il y a des formes intermédiaires, et leur parallélisme peut être complet. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité très développés. Réaction de dégénérescence complète ou partielle. (*Deutsche Arch. f. Klin. med.*, 24 août 1882, p. 485.)

Convulsions unilatérales et hémianopsie, par WESTPHAL. — Un homme de 42 ans éprouva des convulsions du côté gauche sans perte de connaissance ; puis des convulsions généralisées avec perte de connaissance ; une hémiplégie gauche avec hémianesthésie, hémianopsie gauche. L'autopsie ne fit reconnaître qu'une lésion de la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions occipitales : ramollissement rouge prononcé, état criblé. Toutes les circonvolutions cérébrales saines, ainsi que les gros ganglions et les tractus optiques. (*Charité Annal.*, t. VI, 1881.)

Intoxication chez les ouvriers qui fabriquent le bichromate de potasse. — Ces accidents ont été jusqu'à ce jour rarement constatés, parce que le nombre d'usines où on produit le bichromate de potasse est des plus restreints. On n'en compterait que 6 dans le monde entier : 3 à Glascow, et les 3 autres en Autriche, en Amérique et aux États-Unis. Quoi qu'il en soit, les ouvriers sont sujets à une perforation de la cloison du nez, commençant par de petits pertuis qui s'élargissent, se confondent et détruisent, en somme, presque complètement le septum. Les lésions s'arrêtent là ; le pharynx, le larynx et les poumons restent absolument indemnes. Cette singulière affection débute par une sensation de chatouillement dans le nez : quelques jours après, on mouche le sang et le processus de destruction est dès lors commencé sans jamais provoquer aucune douleur. Quelques ouvriers, même après un long séjour dans les usines, n'éprouvent jamais rien du côté du nez, tandis que d'autres sont atteints dès les premières semaines. L'examen du personnel d'une fabrique russe a montré que plus de 50 pour 100 présentaient la perforation du septum. (*The Lancet*, 28 janvier 1882.)

Statistique sur les déplacements utérins, par WEDELER. — Chez 3,012 femmes examinées, l'auteur rencontre :

Une situation normale......	458	fois,	15	p. 100.
L'antéversion	361	—	12	—
La rétroversion............	301	—	10	—
L'antéflexion	1648	—	54	—
La rétroflexion	226	—	8	—
Le prolapsus...............	18	—	5	—

En définitive, l'état normal serait l'exception. On est d'autant plus porté à suspecter la légitimité de ces chiffres, que l'auteur admet que les déplacements ne s'accusent en général par aucune espèce de symptômes subjectifs et qu'ils n'ajoutent aucun élément aux affections organiques de la matrice. L'antéflexion serait encore plus fréquente chez les vierges, 17 0/0. (*Arch. für Gynek.*, 1882, n° 2.)

R. LONGUET.

CHRONIQUE

Le legs Campbell à l'Association des médecins de France.— On se souvient que ce généreux confrère avait légué à l'Association, par testament, une somme de 10,000 francs. Le Conseil d'Etat, saisi d'une demande en délivrance de ce legs, a ajourné sa décision en demandant à M. le ministre de l'intérieur un supplément d'instruction. Après 3 années de pourparlers, il paraît que l'affaire va avoir une solution favorable. Le rapporteur désigné, M. Dubois, était contraire à cette solution, alors que le Conseil d'Etat presque tout entier était d'avis, à cause de nombreux précédents, de délivrer le legs à l'Association.

Le ministère de la santé publique. — Nous n'aurons pas encore un ministère tout entier, mais en attendant il est question de créer au ministère de l'intérieur une direction de la santé publique. Cette création, réclamée par M. Liouville en 1881, dans son rapport sur le budget du ministère de l'intérieur, a été demandée par tous les congrès d'hygiène et réalisée déjà en partie dans un certain nombre de pays, la Belgique et les États-Unis, notamment.

La direction de la santé publique comprendrait les divers services de l'hygiène et de l'Assistance publique, qui sont actuellement partagés entre le ministère du commerce et le ministère de l'intérieur.

Si cette nouvelle se réalisait, ce serait un résultat palpable extraordinaire de la discussion actuelle de l'Académie sur la fièvre typhoïde. A quelque chose malheur serait bon, si la dernière épidémie avait stimulé le zèle de l'Administration que l'Europe nous envie..... de moins en moins, il est vrai, de façon à lui faire déployer une activité inaccoutumée dans le but de réaliser un progrès d'utilité publique, résultat non moins inaccontumé d'une discussion de société savante.

La Gazette médicale de Nantes. — L'École de Nantes manquait réellement d'un organe à courte périodicité qui, faisant de la centralisation locale, au point de vue des travaux de cette Ecole et de la région Ouest tout entière, décentralisât d'autant le mouvement scientifique en marche vers Paris ou Bordeaux.

La composition du comité de rédaction est un sûr garant du caractère sérieux de ce journal. Nous y retrouvons d'anciens internes des hôpitaux de Paris, de Larabrie, Rouxeau, Chenantais, Malherbe, à côté d'autres professeurs de l'Ecole de Nantes, dont ils sont devenus les collègues : MM. Gruget, Vignard, etc.

Le nouveau Journal, du format de la *Gazette médicale* de Paris, contiendra des leçons cliniques, des travaux originaux, une revue clinique, une revue de la presse et des Sociétés savantes, des variétés et un feuilleton. Nous avons remarqué dans le premier numéro un travail sur les tuberculoses locales, de M. A. Malherbe, et un feuilleton sur l'ancienne Faculté de médecine de Nantes, que nos érudits liront avec intérêt. Nous signalerons encore un *Bulletin mensuel de statistique météorologique, démographique et sanitaire*, rédigé, pour Nantes, sur le modèle de celui que M. Bertillon fait pour Paris, et qui est à coup sûr une très heureuse innovation en province. Nous souhaitons que, lorsque la direction de la santé publique sus-mentionnée fonctionnera, pareil Bulletin soit rédigé pour toutes les grandes villes de France. Nous ne doutons pas qu'il ne soit appelé à rendre de grands services.

Il est incontestable que l'esprit médical de la province s'est considérablement développé dans ces dix dernières années; la création de la *Gazette médicale de Nantes* en est une preuve éclatante. On ne peut que féliciter les éminents professeurs qui le patronnent d'avoir fondé ce journal, dont l'influence sur le réveil scientifique de l'Ouest, les relations amicales et la solidarité confraternelle, ne pourra manquer de se faire rapidement sentir. En s'intitulant « Journal des intérêts scientifiques et professionnels de l'Ouest », la *Gazette médicale de Nantes* a un peu emprunté le drapeau de l'UNION MÉDICALE, qui en est très heureuse, et qui le sera toujours de voir défendre par d'autres les principes qui ont présidé à sa fondation... et à son succès.

La famille Seguin. — Un drame épouvantable vient d'assombrir l'existence d'un de nos plus laborieux confrères de New-York, le docteur E.-C. Seguin, rédacteur en chef des *Archives of medecine.* La femme de M. Seguin, sans motif connu, a tué ses trois enfants à coups de pistolet, et s'est tuée ensuite. Elle avait bandé les yeux de ses enfants et leur avait attaché les mains derrière le dos, sous prétexte de les faire jouer à *cache-cache*, et c'est dans cette situation qu'elle leur a donné la mort.

Les journaux qui ont rapporté ce fait ont présenté Mme Margarett Seguin comme la veuve du docteur Seguin, mort récemment. Celui-ci était le père du docteur E.-C. Seguin. D'origine française et élevé en France, le docteur Seguin père était bien connu par la campagne qu'il

avait entreprise pour l'introduction du système métrique en médecine et en chirurgie, et en particulier dans les pharmacopées du monde entier. Il assistait à tous les Congrès médicaux, nationaux ou internationaux, et s'efforçait de les rallier à sa cause. Il avait fini par se faire un grand nombre d'adeptes, et, au Congrès d'Amsterdam, il obtint la nomination d'une *Commission internationale* de l'uniformité métrique en médecine. Malheureusement les membres de la commission résidant dans tous les pays du monde, n'ont pu faire faire un grand pas à l'idée bonne d'ailleurs, de feu le docteur Seguin.

Les thermes de Sanxay. — Ces thermes, découverts récemment par le P. de la Croix aux environs de Poitiers, paraissent avoir été construits au premier siècle de notre ère et détruits vers le v[e] siècle.

Ce qui nous intéresse, au point de vue médical, ce n'est pas la construction, c'est le système de balnéation qu'elle révèle et qu'on n'a jusqu'ici rencontré nulle part dans les thermes romains.

Dans une vaste salle, occupant la partie ouest du balnéaire, il y avait une piscine d'eau froide, de 26 mètres de long sur 4 mètres 80 de large. Sa profondeur est d'environ 1 mètre 40. On y descendait par quatre escaliers situés aux angles. Cette belle *natatio* est presque entièrement conservée. Comme les autres piscines, c'est une cuvette en ciment, dallée de pierre de Dissais à grain très fin, analogue à la pierre de Tonnerre.

Les piscines à eau chaude recevaient directement l'action du feu, ainsi que les chambres de sudation : c'est-à-dire qu'elles constituent des massifs de maçonnerie établis sur les hypocaustes, et que leurs dallages font partie de la voûte de l'hypocauste. Nous avons compté huit hypocaustes, tant pour les piscines que pour les salles; le plus grand, qui supportait la piscine plus chaude, laisse voir tous les détails de sa construction : il est circulaire, environné d'un couloir par où la flamme pénétrait de façon à échauffer tout le massif de maçonnerie; des parties de son épaisse voûte de béton subsistent encore.

Dans la construction primitive, le balnéaire comprenait, suivant l'usage, trois salles, le *caldarium*, le *tepidarium*, le *frigidarium;* le second architecte y a ajouté trois piscines, dont le mode de chauffage indique que chacune avait une température différente. On sortait de la piscine très chaude pour entrer dans un bassin moins chaud, puis, de là, on passait dans une piscine tiède.

Ce sont là des dispositions spéciales, curieuses et telles qu'on n'en avait point observé ailleurs, pas même à Pompéi. Mais voici qui est plus étonnant encore.

De la piscine tiède, l'eau s'écoule et tombe par un conduit encore visible dans une pièce située en contre-bas. C'est une salle entièrement enduite de ciment; le baigneur y descendait par un escalier qui subsiste et y recevait une douche en pluie. C'était sans doute la dernière des opérations auxquelles il se soumettait. Il y a donc aux thermes de Sanxay une salle destinée aux usages de l'hydrothérapie telle que nous la pratiquons depuis quelques années seulement.

Cette singularité mérite d'attirer l'attention des médecins; c'est un détail qui a son prix pour l'histoire de l'art de guérir : il résulterait de là que les Gallo-Romains n'employaient pas seulement, comme utiles modificateurs de l'économie, les bains d'eau ou d'air se succédant à des températures diverses, mais qu'ils avaient recours à l'eau tombant en pluie sur les membres et principalement sur la tête.

Au sud du temple, sur une surface de trois hectares, s'élevait un groupe de constructions dont le plan a été relevé et qui ont dû servir d'hôtelleries. On calcule qu'elles pouvaient donner asile à 1,500 personnes environ. Il paraît qu'elles étaient insuffisantes pour l'affluence qui se pressait autour du temple et des thermes, car on est en train de découvrir, du côté nord du balnéaire, entre celui-ci et la rivière, un nouveau groupe d'habitations. — P.

CORRESPONDANCE

Nous avons donné, dans le n° du 14 novembre, p. 802, une lettre à nous adressée par le docteur B... et relative à son affaire avec le docteur O... Nous ajoutions qu'il nous paraîtrait juste d'insérer une réplique du docteur O... si elle se produisait.

Voici la réplique :

Nice, 22 novembre 1882.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je lis dans le n° du 14 courant de l'UNION MÉDICALE la lettre du docteur Breuilhard, relative à l'affaire de Saint-Honoré. Pour couper court à ces élucubrations, voici le dernier dispo-

sitif du jugement rendu, alors qu'à l'audience j'avais reconnu l'avoir injurié publiquement, conditionnellement.

Monsieur le substitut du procureur de la République entendu dans ses conclusions tendant à ce que le sieur O... soit renvoyé de la plainte sans dépens.

Attendu que de ces faits constants, les seuls révélés par les témoins, ne peut résulter au profit de Br..., le droit à une action répressive, puisqu'en fait, soit volontairement, soit involontairement, il avait conservé un client, la lettre ou carte de recommandation dont il était porteur sans avoir donné avis à son confrère de l'erreur commise et lui avoir renvoyé une carte qui ne lui était point destinée, l'avoir même conservée jusqu'à ce jour sans explication d'aucune sorte, ce qui explique que celui-ci, mis au courant par Maupoil, a dû naturellement, de bonne foi, sans intention coupable, prendre des renseignements, se livrer à des recherches et faire au sieur Br... l'interpellation dont il se plaint, ne proférant en cela aucun propos diffamatoire, les paroles prononcées ne contenant d'ailleurs aucune imputation absolue.

Par ces motifs, déclare l'action de Br... en dix mille francs de dommages-intérêts et en insertion dans les journaux mal fondée et le condamne aux dépens.

La Cour de Bourges, entre *Breuilhard appelant d'un jugement par lequel le tribunal correctionnel de Château-Chinon a déclaré l'action du sieur Breuilhard mal fondée, l'en a débouté et l'a condamné aux dépens.*

Rejette les conclusions subsidiaires de l'appelant et adoptant au surplus les motifs des premiers juges, confirme le jugement. »

Avec vous, Monsieur le rédacteur, vos lecteurs jugeront à leur tour. Quant au jury d'honneur qu'il a refusé au début (j'en ai les preuves en mains), inutile de vous dire qu'il est hors cause actuellement. Il ne saurait plus y avoir rien de commun entre moi et ce personnage.

Veuillez agréez, Monsieur le rédacteur, avec tous mes remercîments pour l'insertion dans vos colonnes autorisées de cette lettre, dont j'assume toute la responsabilité, l'expression de mes sentiments confraternels.

D[r] Marius Odin,

Ancien médecin militaire, chevalier de la Légion d'honneur, membre titulaire de la Société de médecine de Nice.

Et maintenant, nous considérons cette affaire comme terminée, du moins en ce qui nous concerne.

Conseil académique de Paris. — La seconde séance du conseil académique de Paris a eu lieu mardi 5 décembre. Les doyens des Facultés de médecine, des sciences et des lettres, le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, le directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims ont donné lecture de leur compte rendu annuel.

Au 16 octobre 1882, le nombre des étudiants en médecine ayant fait acte de scolarité dans le cours de l'année 1881-1882 était de 4,209.

Il faut ajouter à ce chiffre 388 étudiants qui ont pris leur première inscription au mois de novembre dernier; les attardés qui reviennent quelquefois aux études médicales après sept ou huit années d'interruption; les étrangers au nombre de 50, et les femmes au nombre de 37; ce dernier chiffre est en diminution de 13 sur celui de l'année dernière. Cette année, 6,076 examens ont eu lieu à la Faculté de médecine: la proportion des étudiants refusés dépasse le quart, sans atteindre le tiers.

A la Faculté des sciences, sur 12 boursiers d'agrégation, 4 ont été reçus agrégés; il a été accordé 853 diplômes de bachelier, 138 de licencié et 28 de docteur.

La Faculté des lettres a fait, cette année, 2,835 bacheliers, 65 licenciés et 9 docteurs. La proportion des élèves sortant des lycées de l'État et reçus bacheliers en 1880-1881 a été, pour la première partie du baccalauréat ès lettres, de 50 p. 100 ; pour la seconde partie, de 60 p. 100, et pour le baccalauréat ès sciences, de 37 p. 100.

La Faculté des lettres de Paris, qui comptait cette année 83 boursiers de l'État, en fait recevoir 3 à l'École normale, 18 à la licence et 8 à l'agrégation.

L'institution des bourses de licence et d'agrégation est donc, à Paris, en pleine floraison et elle attire, à côté des 88 boursiers de l'État, près de 305 auditeurs qui suivent les cours de préparation à l'École normale, à la licence, à l'agrégation et au doctorat.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C[e], 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Le doctorat ès sciences médicales. — Le conseil académique de Paris a tenu vendredi sa dernière séance, et clos la session de 1882. Nous sommes heureux d'apprendre qu'il a repoussé la création d'un nouveau grade en médecine. Le doctorat ès sciences médicales est jugé mauvais, au moins dans la forme où le ministère l'a présenté ; de nouvelles études sont demandées sur les réformes à faire.

Autre opinion favorable à la thèse que nous soutenons : la Faculté de Nancy refuse à l'unanimité l'institution d'un grade supérieur au doctorat en médecine, qui d'une part abaisserait les simples docteurs, et d'autre part multiplierait sans motif sérieux les titres qu'on exige des candidats à l'agrégation. Le nombre déjà restreint de ces candidats diminuerait encore ; on aboutirait finalement à la suppression du concours, suppression fatale aux Facultés de médecine. (*Revue méd. de l'Est*, 1er décembre 1882.)

La Faculté de Nancy ne se perd pas dans les rêves, et ne se laisse pas entraîner par des mots sonores. Elle sait ce que valent règlements, thèses et interrogations. Le doctorat ès sciences médicales rencontrerait, dit-elle, de sérieuses difficultés pratiques. Et d'abord, si l'on n'exige que la présentation d'une thèse originale, le grade nouveau n'aura pas grande valeur. Savez-vous quelles thèses on viendra vous offrir ? Les candidats réserveront simplement pour la circonstance les travaux qui aujourd'hui leur servent de thèses inaugurales. C'est l'inverse de ce qui a lieu dans le concours aux prix de l'internat, où les candidats apportent comme mémoire leur thèse inaugurale faite six mois d'avance. Nous ajouterons que, pour les élèves d'élite, le mal sera plus grave : si vous imposez de si longs retards aux futurs agrégés pour « élever leur niveau », si vous reproduisez sous cette forme inattendue l'ancien stage aboli, si enfin vous menacez de les surmener par des commandes de

FEUILLETON

HISTOIRE DE GALIEN,

SA VIE, SON SYSTÈME MÉDICAL, SES ŒUVRES ; SON DERNIER TRADUCTEUR CHARLES DAREMBERG.

IV

ÉDITIONS DES ŒUVRES DE GALIEN.

La Collection des livres galéniques est une des plus considérables de la littérature médicale ancienne, et elle vient, comme importance, après la Collection hippocratique. Galien a écrit avec une facilité étonnante sur la médecine, la philosophie, la rhétorique, les mathématiques, quantité de traités. Versé dans la connaisance des textes, il a composé des Commentaires, source précieuse pour l'intelligence des manuscrits antérieurs, principalement pour Hippocrate. Les ouvrages qui nous restent de Galien, ou qui lui ont été attribués, forment une masse énorme, où tout abonde avec un luxe parfois fatigant, mais non absolument stérile.

Les œuvres dc Claude Galien, témoignant de sa fécondité littéraire, ont été énumérées par lui dans son livre Περὶ τῶν ἰδίων βιβλίων γραφὴ. Nous trouvons que Galien a composé 125 ouvrages non médicaux, dont quarante-cinq sur la philosophie, sur les mathématiques, la grammaire et les lois. De ses ouvrages philosophiques, trois seulement nous sont parvenus.

travaux originaux, il arrivera que les internes, prévoyant cette nouvelle étape dans leur carrière déjà tant chargée, commenceront longtemps à l'avance la confection de leurs découvertes scientifiques obligatoires, et n'ayant en vue que votre « première sélection », le grade qui « simplifie » le concours, n'achèveront jamais cette éducation classique à laquelle le professeur J. Renaut trouve des lacunes, comme le bourgeois d'Athènes en trouvait au manteau du cynique. Vous nommerez agrégés (si vous en nommez encore) d'anciens internes qui, négligeant leur service et abandonnant la clinique, auront passé leur temps à colorer des cellules ou à couper des microbes en quatre.

La Faculté de Nancy, ayant trouvé la thèse insuffisante, demande ce que vaudraient les interrogations sur des sujets divers. Il faudrait alors au moins cinq espèces de doctorats, physique et chimie, histoire naturelle, anatomie et physiologie, médecine, chirurgie et accouchements. Et ce serait là une doublure de l'agrégation actuelle, avec cette différence que le nouveau grade aurait moins de valeur que le titre d'agrégé obtenu par le concours, et ne donnerait aucune garantie pour l'aptitude à l'enseignement.

Cette infériorité du doctorat ès sciences médicales, son impuissance à « pousser des jeunes gens dans la voie des recherches personnelles, des observations attentives et de longue haleine », comme le dit naïvement la Faculté de Bordeaux, à « faire renaître le mouvement scientifique dans la jeunesse médicale ambitieuse de la bonne ambition », comme le dit avec enthousiasme le professeur J. Renaut, nous l'expliquerons volontiers à la façon de notre collègue J. Lucas-Championnière. On lit en effet dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* : « Quel peut bien être le besoin auquel répond la création d'un second doctorat, qui ne sera jamais qu'un examen et non pas un concours, c'est-à-dire point destiné à choisir les meilleurs, la quintessence, mais ceux qui suffisent à un certain niveau ? »

Le *Lyon médical* nous apporte, sous la signature de M. Paul Cazeneuve, un *Bulletin* qui nous console de celui du 3 décembre. Il y est dit aussi que ce n'est pas en forgeant des blasons qu'on fait une noblesse, en créant des parchemins et des titres qu'on produit des sujets distingués; que les choses de la médecine ne doivent pas être comparées à celles du droit; que notre doctorat en médecine, bien supérieur au diplôme professionnel allemand, serait abaissé par le nouveau grade au rang d'un deuxième officiat de santé ; que ces mesures sans portée ne servent qu'à masquer notre impuissance à entrer dans la voie des changements utiles. A la fin

---

Quant aux livres médicaux, il nous en reste 83 bien authentiques, 19 douteux, plus 45 apocryphes, et enfin 19 fragments.

Les Commentaires sur Hippocrate sont au nombre de 15. On évalue à 80 le nombre des manuscrits existant encore dans diverses bibliothèques. Vous avez vu dans plusieurs journaux, au mois d'août dernier, l'annonce d'une découverte faite, à Salonique, d'un manuscrit nouveau de Galien, mais la nouvelle n'a point, que je sache, été confirmée.

Il est présumable que la plupart des œuvres de Galien qui sont perdues ont été consumées de son vivant, dans l'incendie qui détruisit, à Rome, le temple de la Paix, la bibliothèque palatine, ainsi que plusieurs maisons de la *Via sacra* entre autres une ἀποθήκη, où se trouvaient les livres galéniques et ceux d'autres auteurs médicaux.

L'indication seule des traités de Galien forme dans les bibliographies médicales de longues séries; je n'oserais pas vous soumettre à en écouter la lecture. Vous trouverez des renseignements suffisants pour tous les livres authentiques, pour ceux qui sont attribués à Galien, mais dont la légitimité est douteuse, pour les apocryphes, pour les Commentaires et enfin pour les œuvres non médicales, soit dans le *Dictionnaire historique de la médecine* de Dezeimeris, Paris, 1835, t. II, p. 450-471; soit dans la *Nouvelle biographie générale* de Firmin-Didot frères, Paris, 1858, t. XIX, p. 246-251. Je vous recommande aussi la liste des œuvres de Galien donnée récemment par notre bibliothécaire adjoint, L. Hahn, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, à l'article Galien, 4e série, t. VI, p. 510-513.

Quelques mots seulement sur les livres galéniques les plus remarquables avant de vous présenter les exemplaires des œuvres complètes.

il est demandé « si les Parisiens, en lançant ce ballon d'essai, n'auraient pas l'arrière-pensée de se réserver la collation du nouveau grade, et de reconquérir un monopole... » Le *Lyon médical* peut être assuré de l'esprit centralisateur, non des Parisiens, mais de l'auteur du projet soi-disant ministériel.

Il est un point, dans cette discussion, sur lequel presque tous les médecins sont d'accord, c'est le danger qu'un nouveau grade, établi sur de mauvaises bases, ferait courir à la profession. La commission bordelaise, qui n'est pas avec nous, « a repoussé le nom de *doctorat ès sciences médicales*, comme pouvant être exploité au point de vue professionnel, et pouvant abaisser un titre dont la valeur pratique est incontestable et acceptée par tout le monde, le doctorat en médecine. » Et elle propose : *doctorat ès sciences biologiques*. Seul M. J. Renaut admet le projet sans réserves, et écarte ce grief en disant : « Pas plus que l'existence du doctorat en droit n'a supprimé ni amoindri les notaires, celle du doctorat ès sciences médicales ne supprimera ni n'amoindrira les médecins praticiens... L'idée du ministre et des hommes qui l'ont inspiré est tout autre. » Quel singulier amour de la comparaison! Les docteurs en droit n'ont jamais nui aux notaires, parce qu'ils font un autre métier, ou parce qu'ils sont eux-mêmes des notaires comme les autres; cela fait-il que notre métier à nous n'ait pas de parasites, et que le doctorat ès sciences médicales ne puisse devenir une enseigne de charlatans? Nous croyons sans peine que l'idée ministérielle est tout autre, mais elle peut manquer son but, et vos conceptions théoriques sur l'avenir du nouveau grade peuvent être de pures chimères. Laissons cela, puisque nous avons la presque certitude que tout le monde s'entendrait pour trouver une formule capable de rassurer pleinement les intérêts professionnels.

Mais il est un autre point que jeudi dernier nous faisions pressentir, que la Faculté de Nancy et le *Lyon Médical* du 10 novembre ont abordé franchement. Tous deux estiment que l'agrégation est compromise, tous deux proclament qu'elle doit rester debout. Ici, bien des arguments se présentent : l'agrégation peut être battue en brèche, soit que le nouveau grade se constitue à côté d'elle et sans relations avec elle, soit qu'on en fasse un titre nécessaire pour aborder le concours. Dans les deux hypothèses, il est également dangereux; par la force des choses ou par la volonté des hommes, il mène à l'amoindrissement ou à la suppression du titre d'agrégé.

Aussi demandons-nous avec instance à notre Faculté, à sa commission pleine du meilleur esprit, à son éminent rapporteur, M. Brouardel :

Parmi les travaux d'anatomie descriptive, d'anatomie philosophique et de physiologie, je vous signale : Περὶ ἀνατομικῶν ἐγχειρήσεων βιβλία ί. *De anatomicis administrationibus libri IX.* renfermant ce que Galien a laissé de meilleur sur l'anatomie. Les Περὶ ὀστεων τοῖς εισαγομενοις. *De ossibus ad tirones*, — Περὶ φλεβῶν καὶ ἀρτηριῶν ἀνατομῆς. *De venarum arteriarumque, dissectione liber.* — Περὶ νεύρον ἀνατομῆς. *De nervorum dissectione.* — Περὶ μυῶν ἀνατομῆς, *De musculorum dissectione*, offrent les descriptions du squelette du singe, un traité de névrologie du magot, et les muscles indiqués et distingués pour la première fois.

Le chef-d'œuvre d'anatomie philosophique ancienne est : Περὶ χρείας τῶν ἐν ἀντρώπου σώματι μορίων λόγοι ιζ'. *De usu partium corporis humani libri XVII.*

Le traité physiologique : Περὶ τῶν Ἱπποκράτους καὶ Πλάτωνος δογμάτων βιβλία ί. *De Hippocratis et Platonis decretis libri IX*, est diffus, prolixe à l'excès, plein d'arguties, mais contient une foule d'expériences ingénieuses faites sur les animaux vivants. Le livre : Εἰ κατὰ φυσιν εν αρτηρίαις αἷμα περιέχεται. *An in arteriis natura sanguis contineatur*, écrit contre Erasistrate est rempli d'expériences remarquables.

En pathologie, le célèbre : Περὶ τῶν πεπονθὸτων τὸπων βιϐλία ζ'. *De locis affectis libri VI*, est capital. Dans le livre : Περὶ τοῦ προγινώσκειν. *De prænotione*, Galien vante son bonheur dans le pronostic des maladies et ses nombreux succès.

Le Τέχνη ἰατρικη, l'*Ars medica*, renferme l'exposition sommaire de tout le système de Galien et n'est autre que l'*Ars parva* des Arabistes, qui a eu la plus grande faveur au moyen âge et dont voici un magnifique spécimen. L'*Ars medica* provient d'une traduction en latin barbare, d'après la version arabe : *Microtechni, Microtegni, Tegni Galieni.* La plus ancienne édition est de Venise, 1483, in-4°. Quant à l'*Ars parva*, c'était le code médical du

1° De rejeter purement et simplement un projet de réforme qui ébranle notre organisation médicale, sans que personne puisse se dire assez préparé, assez durable au pouvoir pour l'édifier sur de nouvelles bases après l'avoir renversée ;

2° S'il faut céder sur quelques points, que le nouveau grade soit au moins renfermé dans un cercle étroit, incapable d'éveiller aucune idée professionnelle, réservé à quelques chefs de laboratoires ; qu'il s'appelle *doctorat ès sciences anatomo-pathologiques*, et soit, comme nous l'avons dit, un honneur sans fonctions ;

3° Enfin, qu'il ne devienne pas une obsession, une entrave pour les études cliniques, un danger pour le concours, et que jamais il ne puisse être exigé des candidats à l'agrégation. — L.-G. R.

HYGIÈNE PUBLIQUE

RAPPORT SUR LES SANATORIA MARITIMES POUR LES ENFANTS SCROFULEUX ET RACHITIQUES,

Présenté au Congrès international d'hygiène de Genève,

Par le Dr Armaingaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Messieurs,

Par le nombre immense des victimes qu'elle fait dans toutes les régions du globe, et qui dépasse de beaucoup les ravages des grandes épidémies de peste, de choléra et de variole, par les infirmités, les disgrâces physiques, les incapacités de travail, les inaptitudes au service militaire qu'elle occasionne, enfin par la phthisie pulmonaire qu'elle engendre si souvent, la scrofule est à bon droit considérée comme un des plus grands fléaux qui affligent l'humanité ; en conséquence, la limitation des ravages de cette maladie et leur réduction au minimum constituent une des questions d'intérêt social les plus dignes de fixer l'attention des hygiénistes, des économistes et des philanthropes, et doivent être considérées, ainsi que l'a si bien démontré un de nos plus éminents hygiénistes, M. Jules Bergeron, comme un des plus beaux sujets d'étude que puissent se proposer les médecins (1).

Aussi me suis-je tout d'abord étonné de n'avoir vu figurer cette question dans l'ordre du

(1) *Du traitement et de la prophylaxie de la scrofule par les bains de mer*, par M. le docteur Jules Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, membre de l'Académie de médecine. (*Annales d'hygiène publique*, 2e série, n° 29, année 1867.)

---

moyen âge ; il était expliqué dans les écoles et commenté par les candidats à la licence et au doctorat.

Je vous signalerai encore : Περὶ κράσεως καὶ δυνάμεως τῶν ἁπλῶν φαρμάκων βιβλία ια. *De simplicium medicamentorum temperamentis et facultatibus libri XI*, ouvrage majeur sur la pharmacologie ; — Θεραπευτικῆς μεθόδου βιβλία ιδ'. *Methodi medendi libri XIV*. — Ὑγιεινῶν λόγοι ζ'. *De sanitate tuenda libri VI*. — Περὶ κυουμένων διαπλάσεως. *De fœtu formatione*, importants en thérapeutique, hygiène et obstétrique, celui-ci regardé par Haller comme un des meilleurs traités de Galien et un des derniers qu'il ait composés.

Les éditions nombreuses et séparées des livres de Galien sont devenues de moins en moins utiles depuis la formation d'une Collection galénique renfermant les recueils partiels antérieurement existants.

Les éditions complètes ont été d'abord latines ; mais, pour suivre l'ordre que je vous a indiqué, je commencerai par parler des éditions grecques et vous en montrer un spécimen.

Γαληνοῦ α. β' γ'. δ'. ε. *Galeni librorum* pars I. II. III. IV. V. Venetiis, apud Aldum, 1525, 5 volumes in-folio. — Édition rare, très recherchée, n'existant pas dans notre bibliothèque. Elle est due aux soins d'Opizoni ainsi que d'Asulanus, on y remarque des incorrections assez nombreuses.

Γαληνοῦ ἅπαντα *Galeni Pergameni, summi semper viri, quique primus artem medicinæ universam... traduxit, opera omnia, ad fidem complurium et perquam vetustorum exemplarium ita emendata ac restituta, ut non primum nata atque in lucem edita videri possint.* Basileæ,

jour d'aucun des Congrès précédents; mais les difficultés extrêmes que j'ai rencontrées quand j'ai voulu recueillir, dans les différents pays d'Europe, des documents nouveaux et complémentaires de ceux qui ont déjà été publiés dans divers recueils scientifiques, m'ont suffisamment expliqué cette lacune constatée dans le programme des travaux de ces réunions scientifiques. Aussi, un des objets de cette communication est-il justement de soumettre au Congrès une proposition ayant pour but de faciliter les moyens de recueillir les documents auxquels je viens de faire allusion. Quand ce résultat sera obtenu, et alors seulement, il sera possible de tracer un exposé exact et complet des conditions dans lesquelles fonctionnent les sanatoria maritimes établis depuis quelques années; car un pareil exposé, pour être vraiment utile et fournir aux administrations publiques et à l'initiative privée des indications pratiques fondées sur la comparaison et l'appréciation des résultats obtenus, sur le parallèle établi entre les divers modes d'installation, de construction et d'aménagement, et les différents systèmes d'hospitalisation, doit nécessairement avoir pour base l'ensemble des établissements actuellement existants, tant en Europe qu'en Amérique.

Mais ce que je me suis proposé avant tout, en préparant cette communication, c'est d'atteindre les résultats suivants : Introduire la question des sanatoria maritimes et du traitement hygiénique et prophylactique de la scrofule dans l'ordre du jour des Congrès d'hygiène; les associer par leur intervention auprès des pouvoirs publics, aux efforts déjà tentés en vue de l'extension et de la multiplication de ces établissements, et rendre continue leur influence sur les progrès de ces institutions, en faisant décider qu'un rapport périodique leur sera présenté sur cette question; enfin signaler, dès à présent, quelques-unes des questions spéciales et d'ordre pratique que soulève l'étude de cet intéressant sujet, provoquer une discussion approfondie parmi les hommes compétents qui m'écoutent, et montrer en outre la nécessité d'associer également à cette œuvre, par une vulgarisation bien entendue, les classes riches de la population et les philanthropes éclairés dont le concours pécuniaire est indispensable à son extension.

Il est regrettable que par suite de la multiplicité des travaux communiqués à nos réunions, la question qui m'occupe n'ait pu vous être présentée qu'à la dernière séance, et presqu'à la dernière heure, et il est à craindre que la discussion, sur laquelle je comptais, soit forcément écourtée. Je vais donc, pour ménager le temps qui nous reste, me borner à l'exposé sommaire de mon sujet, réservant les développements et les éclaircissements pour la discussion.

La fréquence de la scrofule est si grande, à tous les âges, dans les deux sexes, et dans toutes les classes de la société que, d'après Bazin, qui, comme vous le savez, en a fait une étude toute spéciale, il n'est peut-être pas de famille qui n'en offre au moins un exemple. Quelque défectueuses et incomplètes que soient les données statistiques recueillies dans les différents pays d'Europe sur la morbidité et la mortalité scrofuleuses, elles justifient l'opinion de Bazin, d'ailleurs confirmée par l'observation quotidienne des médecins praticiens.

Il serait inutile et trop long de reproduire ici les relevés numériques des hôpitaux d'en-

---

apud Andr. Cratrandrum, 1538, 5 volumes in-folio. — Ce magnifique exemplaire vous montre cette édition due aux soins de Fuchs, de Camerarius et de Gemusæus; elle est moins rare que la précédente, plus complète, renfermant toutefois des incorrections.

Les éditions latines complètes, les premières en date, sont aussi les plus nombreuses.

Galeni Pergamensis, medicorum omnium principis, opera edita studio Diomedis Bonardi, physici Brixiensis, etc. Venetiis, per Phil. Pintium de Caneto impressa. Anno 1490. 2 volumes in-folio.

Une seconde édition, par Bernh. Benalius, à Venise, 1502, 2 vol. in-folio. — Une troisième édition est de 1511. — Une quatrième porte pour titre : *Quarta impressio ornatissima : continens omnes Galieni libros, etc.* Papiæ, per Jacob. Paucidrapium de Burgofrancho, 1515-1516, 3 volumes in-folio; le troisième volume a un titre particulier. — *Impressio quinta. Curâ Scipionis Ferrarii.* Venetiis, expensis Lucæ Ant. de Giunta Florentini, 1522, 3 vol. in-folio. — *Galeni operum impressio novissima summo labore diligentique studio ab innumeris ferme erroribus asserta...* Curâ Scip. Ferrarii. Venetiis expensis Lucæ Ant. de Giunta. 4 vol. in-folio.

Lucas A. de Giunta avait préparé à grand frais une autre édition dont les traductions avaient été revues. Il mourut avant de la publier, et ses fils la firent paraître. Cette édition a commencé la série des dix qui sortirent de la même imprimerie.

Galeni operum editio prima. Venetiis, apud Juntas, 1540, 4 volumes in-folio. — *Editio altera.* Curâ Augustin. Gadaldini. Acced. Ant. Musæ Brassavolæ, index. 1550. 5 volumes in-folio, — *Editio tertia. Ibid.*, 1556, 5 volumes in-folio, — *Editio quarta, quam pluribus sane*

fants, au point de vue de la scrofule, que vous connaissez tous, et qui révèlent une proportion vraiment effrayante d'enfants scrofuleux dans les grandes villes d'Europe.

A défaut d'une statistique exacte et complète, deux ordres de documents peuvent d'ailleurs nous permettre de nous faire une idée approximative des ravages de cette maladie en Europe.

On trouve disséminés dans divers recueils, notamment dans les travaux de M. Jules Bergeron, de d'Espine, de Lombard (de Genève), de Marmisse (de Bordeaux), de Gibert (du Havre) et de Pietra Santa, les chiffres des décès dus à la scrofule dans un assez grand nombre de villes et de contrées d'Europe; or, si l'on réunit toutes ces données statistiques, et si on prend la moyenne générale, on trouve pour l'ensemble de l'Europe, que la scrofule détermine les 15 *millièmes des décès*, soit 95,000 *décès annuels par scrofule.*

On sait, en outre, que la scrofule n'entraîne la mort que dans un très petit nombre de cas, et qu'elle est encore plus redoutable par les déformations, les infirmités et les incapacités physiques qu'elle entraîne que par le chiffre de sa léthalité; en sorte que ces 95,000 décès annuels par scrofule correspondent évidemment à bien des millions de scrofuleux. C'est ce que prouvent bien les statistiques médicales de quelques-unes de ces villes, celle du Havre en particulier, où le quart des enfants malades est atteint de scrofule, d'après le docteur Gibert, et qui ne fournit cependant que la mortalité insignifiante de 1 scrofuleux sur 1,000 décédés.

Or, parmi les moyens dont nous disposons pour prévenir la production de cette maladie, en agissant sur ses causes, dont la plupart nous sont en grande partie connues, et pour en supprimer les principales manifestations, il en est un dont l'efficacité est unanimement reconnue et qui présente l'avantage d'être à la fois curatif et doublement préventif, puisque, en amenant par son action prolongée chez les enfants la guérison des principales manifestations de la scrofule confirmée, et en prévenant leur développement chez les sujets prédisposés, il diminue le nombre des futurs procréateurs de scrofuleux et atténue par ce seul fait l'action d'une des causes les plus puissantes de la maladie : l'hérédité. Ce puissant moyen qui a fait ses preuves, c'est le séjour prolongé des bords de la mer, aidé ou non, suivant les cas, de l'hydrothérapie marine.

L'histoire de la fondation des hospices et maisons maritimes pour les enfants scrofuleux vous est trop connue pour que j'aie à la raconter ici (1).

Qu'il me soit permis cependant de réparer un oubli, échappé par défaut d'information aux historiens de cette création, et, à côté des noms à jamais gravés dans nos souvenirs, de Madame Armengaud, née Coraly Hinsh, du docteur Perrochaud, du docteur Jules Bergeron et

(1) On trouvera l'historique des hospices marins français dans le remarquable rapport de M. Jules Bergeron sur la prophylaxie de la scrofule (*Annales d'hygiène, loc. cit.*, p. 251), et celui des hospices marins d'Italie dans la très intéressante conférence que M. le docteur de Pietra Santa a faite pendant l'Exposition universelle de 1878 au Trocadéro. (Chez Adrien Delahaye, éditeur.)

---

castigationibus, ex variorum codicum Græcorum lectione illustrata. 1565, 5 volumes in-folio. — *Editio quinta. Ibid.*, 1570, 5 volumes in-folio; édition suspecte. — *Galeni opera sexta hac nostra editione non parum ornamenti adepta, etc.* Venetiis apud Juntas, 1586, 5 volumes in-folio. — *Editio septima.* Curavit hanc editionen Costæus. 1597, 5 volumes in-folio. — *Editio octava. Ibid.*, 1600, 5 volumes in-folio. — *Editio nona. Ibid.*, 1609, 5 volumes in-folio. — *Editio decima. Ibid.*, 1625, 5 volumes in-folio. Les deux dernières éditions sont préférées. Voici des spécimens de ces superbes éditions vénitiennes des Juntes; puis, à côté d'elles, remarquez ces beaux exemplaires des éditions de Froben, de Bâle.

Omnia Claud. Galeni Pergameni opera quotquos apud Græcos in hunc usque diem exstiterunt tum olim, tum non ita pridem hominum doctissimorum diligentia in latinam linguam conversa, deinde recognita et pristinæ integretati restituta... Basilæ, apud Frobenium, 1542, 8 tomes in-folio, plus les *Isagoici Libri* et l'*Index.* — 2e édition, par Janus Cornarius, 1549, *ibid.*, in-folio. — 3e édition. *Cl. Galeni Pergameni omnia quæ exstant, in latinum sermonem conversa... His accedunt nunc primum Conr. Gesneri præfatio et Prolegomena.* Basilæ, apud Frobenium, 1561-1562, 8 tomes in-folio, plus les *Prolégomènes,* les *Livres Isagogiques* et *deux Index.*

Voici d'autres éditions latines :

Galeni opera omnia. Curata est ex editio a Victore Trincavellio et Augusto Riccio. Venetiis, ex officina Farrea, 1541, 10 volumes in-8°.

Galeni opera omnia latine. Lugdini, apud. J. Frellonium, 1550, 4 volumes in-folio. Ce n'est qu'une reproduction de la seconde édition de Froben avec un titre nouveau. — 2e édition. *Ibid.*, 1554.

de Barellaï, de Florence, de proclamer celui du docteur Saraméa qui a également acquis des droits à la reconnaissance publique, et de revendiquer pour lui une grande part de priorité dans l'œuvre des établissements maritimes. Dès 1839, en effet, Saraméa se préoccupait de cette question, et, en 1850, c'est-à-dire longtemps avant la fondation du premier établissement hospitalier de Berk-sur-Mer et, par conséquent, avant la création des hospices maritimes italiens, Saraméa présenta au Gouvernement français un mémoire ayant pour titre : « *Fondation sur les bords du bassin d'Arcachon d'une colonie maritime et agricole destinée, par des conditions hygiéniques, aux jeunes détenus lymphatiques, scrofuleux ou tuberculeux.* » Ce projet une fois conçu et présenté, Saraméa ne l'abandonna pas un instant; il fut, comme on l'a dit, la pensée dominatrice de sa vie, et il en poursuivit la réalisation avec une invincible persévérance jusqu'à son dernier jour, dans une longue série de publications, de démarches incessantes auprès des pouvoirs publics et de communications à diverses Sociétés savantes. Les résultats obtenus dans les établissements maritimes fondés sous l'inspiration et grâce aux efforts persévérants des grands philanthropes, des grands altruitistes, comme dirait Auguste Comte, dont je viens de rappeler les noms, ont été merveilleux, vous le savez, et ont dépassé leur attente.

M. Jules Bergeron, dans un savant rapport qui constitue la base indispensable de tous les travaux relatifs à cette question, en a commencé dès 1867, en ce qui concerne l'hospice de Berck-sur-Mer, la publication qui, depuis, a été continuée par plusieurs de nos confrères.

Sur 380 cas de scrofules traités à Berck, par la médication marine, pendant les quatre premières années de la fondation, 234 guérisons, soit 60 pour 100, et 93 améliorations, soit 23 pour 100, ont été obtenues; la statistique du docteur Houzel, qui s'étend jusqu'à l'année 1868, fournit des résultats encore plus satisfaisants, puisqu'il constate plus de 90 pour 100 de guérisons; et si, depuis cette époque, ces remarquables résultats n'ont fait que se confirmer et s'agrandir, comme le constatent les relevés statistiques recueillis non-seulement en France, mais en Italie, dans le reste de l'Europe et en Amérique, quels effets ne sommes-nous pas en droit d'en attendre quand, au lieu de vastes et fastueuses constructions, comme l'hospice de Berck, où sont accumulés dans un même local plus de 600 enfants, on aura partout adopté le système plus modeste, mais beaucoup plus hygiénique, des simples maisons maritimes et des pavillons isolés!

Aussi est-on péniblement surpris d'avoir à constater que l'exemple donné par l'Assistance publique de Paris et par la population italienne n'a été suivi ni par les administrations hospitalières de province, ni par les municipalités, ni par l'État, que l'initiative privée commence à peine à suivre ce mouvement, et que les établissements maritimes qui ont été fondés en Europe depuis quelques années sont absolument insuffisants à répondre au but à atteindre.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

Galeni omnia quæ exstant latine conversa diligentia et studio J.-B. Rasarii emendata, novo ordine classibus scilicet sex disposita, etc. Venetiis, 1562, apud Vinc. Valgrisium, 3 vol. in-folio avec un *Index* en plus.

Les éditions gréco-latines sont au nombre de deux, l'une est de Chartier, l'autre de Kühn ; elles sont déposées sur cette table.

Hippocratis Coi et Claud. Galeni Pergameni Archiatron opera. Renat. Charterius, Vindocinensis, Doct. med. Paris... plurima interpretatus, universa emendavit, instauravit, notavit, auxit, secundum distinctas medecinæ partes in XIII tomos digessit, et cunjunctim græce et latine primus edidit. Lutetiæ Parisiorum apud Juc. Villery bibliop. 1639-1679, 13 volumes in-folio.

Cette *editio copiosissima* renferme à la fois les œuvres d'Hippocrate et de Galien. Elle a été considérée comme médiocre. Pour elle et sans la terminer, Chartier dépensa quarante ans de sa vie et toute sa fortune; les derniers tomes n'ont paru qu'après sa mort.

Κλαυδίου Γαληνοῦ ἅπαντα. *Claudii Galeni opera omnia editionem curavit Carolus Gottlob Kühn.* Lipsiæ, in officina libraria Car. Cnoblochii, 1821-1833, 20 tomes en 22 volumes in-8°, index. Cette édition, maniable, et offrant plusieurs traités jusqu'alors inédits de Galien, est surtout une spéculation de librairie, le texte différant peu de celui de Chartier. Les premiers volumes sont rédigés avec assez de négligence par Dindorf et Schæfer. Kühn n'a que peu collaboré.

Le projet de Daremberg et de Bussemaker était de publier une édition gréco-latine galénique; une fin prématurée n'en a pas permis la réalisation.

L'étendue considérable de la Collection galénique et la prolixité de Galien ont fait sentir la

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 décembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur un cas de dystocie tératologique, par M. le docteur Verrier.

2° Un rapport de M. le docteur Mabloux sur le service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne.

—

M. LARREY offre en hommage, de la part de M. de Quatrefages, un exemplaire de la septième édition de son ouvrage intitulé : l'*Espèce humaine.*

M. GUÉNIOT dépose le premier numéro ou premier fascicule d'un nouveau recueil périodique intitulé : *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* dirigée par MM. de Saint-Germain et Cadet de Gassicourt.

M. PETER présente : 1° de la part de M. le professeur Poincaré (de Nancy) : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Nancy en* 1881 *et* 1882 ; — 2° de la part de M. le docteur Paul Levasseur (de Rouen), une brochure intitulée : *De la fièvre typhoïde à Rouen.*

M. DUPLAY présente : 1° un exemplaire du *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus,* par M. Spencer Wels, traduit par M. le docteur Paul Rodet, avec une préface de M. Duplay ; — 2° en son propre nom, le 4e fascicule du tome VIe du *Traité de pathologie externe.*

M. GOSSELIN présente, au nom de M. le docteur Goldenstein, chirurgien-dentiste à Paris, une observation remarquable de restauration du maxillaire supérieur, de la lèvre et du nez chez une jeune femme de 26 ans. Le succès a été constaté par MM. les professeurs Richet, Brouardel, Fournier, et les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. les docteurs Guibout, Vidal et Ernest Besnier.

M. Gosselin présente, en second lieu, un exemplaire du *Traité des maladies du rectum,* de Curling, traduit par M. le docteur Henri Bergeron.

M. PLANCHON présente, au nom de M. le docteur A. Chapuis, un volume intitulé : *Précis de toxicologie.*

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

---

nécessité d'un résumé. Plusieurs abrégés en ont été faits. Le plus estimé est celui de Lacuna, que je vous présente, édition de Bâle.

Voici du reste l'indication de plusieurs de ces abrégés.

Speculum sive epitome Galeni, seu Galenus abbreviatus, etc. Lugduni, 1516-1517, in-8°.

Epitome commentarium Galeni in libros Hippocratis Coi. Lugduni, 1516, in-8°.

Epitome Galeni Pergameni operum, in quatuor partes digesta... per Andreæm Lacunam. Venetiis, 1549, 4 volumes in-16. — Basileæ, 1551, in-folio. — Lugduni, 1553, 4 volumes in-16. — Basileæ, 1571, in-folio. — Argentorati, 1604, in-folio.

Andreæ Lacunæ epitome omnium rerum et scientiarum quæ annotatu dignæ in Commentariis Galeni in Hippocratem exstant. Lugduni, 1554, in-8°.

Theatrum Galeni, hoc est universæ medicinæ a Galeno diffuse sparsimque traditæ promptuarium, etc. Aloysii Mundellæ Brixiensis studio et labore per multos annos conditum nunc demum editum. 1568, in-folio.

La seule édition française est due à Daremberg, elle n'est que partielle et inachevée, en voici un exemplaire :

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien, etc., par Ch. Daremberg, Paris, 1854-1857, 2 volumes in-8°.

Les traités galéniques traduits par Daremberg sont : Que le bon médecin est philosophe. — Exhortation à l'étude des arts. — Que les mœurs de l'âme sont la conséquence des tempéraments du corps. — Des habitudes. — De l'utilité des parties du corps humain. — Des facultés naturelles. — Du mouvement des muscles. — Des sectes aux étudiants. — De la meilleure secte à Thrasybule. — Des lieux affectés. — De la méthode thérapeutique à Glaucon.

(*A suivre.*) Professeur LABOULBÈNE.

La commission propose : En première ligne, *ex æquo*, MM. Bouchardat et Javal ; — en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Hardy et Henninger ; — en troisième ligne, M. Onimus.

Le nombre des votants étant de 83, majorité 42, M. Bouchardat obtient 59 suffrages, M. Javal 14, M. Onimus 6, M. Hardy 4.

En conséquence, M. Bouchardat ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

—

M. BOULEY communique, au nom de M. Pasteur, les résultats d'expériences pratiquées dans son laboratoire, relatives à l'inoculation du microbe du *rouget* ou *mal rouge* du porc.

Quatre porcs ont été inoculés, dans le laboratoire de M. Pasteur, avec le microbe atténué par la culture et ces porcs, transportés dans le Vaucluse, en pleine épidémie de cette maladie contagieuse, se sont montrés réfractaires à tous les modes de contagion par cohabitation, infection, inoculation du virus non atténué, tandis que des porcs de la même portée, et non vaccinés, ont succombé à l'inoculation de ce même virus.

C'est là, dit M. Bouley, une découverte de premier ordre, qui fait le pendant de la découverte du vaccin de la maladie charbonneuse. M. Bouley communique, en outre, de la part de M. Pasteur, les résultats de ses nombreuses recherches sur la rage. Voici le résultat de ce travail.

1° La rage mue et la rage furieuse, plus généralement toutes les sortes de rage, procèdent du même virus.

2° Rien n'est plus varié que les symptômes rabiques ; chaque cas de rage a, pour ainsi dire, les siens propres, et il y a tout lieu d'admettre que leurs caractères dépendent de la nature des points du système nerveux, encéphale et moelle épinière, où le virus se localise et se cultive.

3° Dans la salive rabique, le virus se trouvant associé à des microbes divers, l'inoculation de cette salive peut donner lieu à trois genres de mort : par le microbe de la salive, par des développements exagérés de pus, par la rage.

4° Le bulbe rachidien d'une personne morte de rage, comme celui d'un animal quelconque, également mort de rage, est toujours virulent.

5° Le virus rabique se rencontre non-seulement dans le bulbe rachidien, mais, en outre, dans tout ou partie de l'encéphale. On le trouve également localisé dans la moelle et souvent dans toutes les parties de la moelle.

Tant que les matières de l'encéphale ou de la moelle ne sont pas envahies par la putréfaction, la virulence y persiste.

6° Pour développer la rage rapidement et à coup sûr, il faut recourir à l'inoculation, à la surface du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne, à l'aide de la trépanation. On réalise également la suppression d'une longue durée dans l'incubation et l'apparition certaine du mal, par l'inoculation du virus pur dans le système circulatoire sanguin.

Par l'emploi de ces méthodes, si favorables à l'étude expérimentale de la maladie, la rage se déclare au bout de six, huit ou dix jours.

7° M. Pasteur et ses collaborateurs ont rencontré des cas de guérison spontanée de rage, après que les premiers symptômes rabiques seuls s'étaient developpés, jamais après que les symptômes aigus avaient apparu.

Ils ont rencontré également des cas de disparition des premiers symptômes, avec reprise du mal après un long intervalle de temps (deux mois) ; dans ces circonstances, les symptômes aigus ont été suivis de mort, comme dans les cas habituels.

8° Dans une de leurs expériences sur trois chiens, inoculés en 1881, dont deux avaient pris rapidement la rage et en étaient morts, le troisième, après avoir manifesté les premiers symptômes, s'est guéri.

Ce dernier chien, réinoculé en 1882, à deux reprises, par trépanation, n'a pu devenir enragé.

En conséquence, la rage, quoiqu'elle ait été bénigne dans ses symptômes, n'a pas récidivé.

Voilà un premier pas dans la découverte de la préservation de la rage.

9° M. Pasteur possède actuellement quatre chiens qui ne peuvent prendre la rage, quel que soit le mode d'inoculation et l'intensité de la virulence de la matière rabique.

Les chiens témoins, inoculés en même temps, prennent tous la rage et en meurent.

L'homme ne contractant jamais la rage qu'à la suite d'une morsure par un animal enragé, il suffirait de trouver une méthode propre à s'opposer à la rage du chien pour préserver l'humanité du terrible fléau. Ce but est encore éloigné, mais, en présence des faits qui précèdent, n'est-il pas permis d'espérer que les efforts de la science actuelle l'atteindront un jour ?

—

M. le docteur Bitot, professeur d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, candidat au titre de membre correspondant, lit, à l'appui de sa candidature, un travail intitulé : *Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole.* Voici la conclusion de ce travail :

1° Les lésions du sommet des faisceaux pédiculaires de l'extrémité antérieure de l'*insula* et de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante se manifestent comme celles du sommet du faisceau pédiculaire de la troisième frontale, mais avec des phénomènes paralytiques plus accentués et plus nombreux;

2° L'aphasie extemporanée, sans paralysie ou avec paralysie éphémère, coïncide avec la destruction de l'une des portions cérébrales qui avoisinent la partie antérieure des irradiations capsulaires extra-nucléaires, ou, ce qui revient au même, avec la partie la plus avancée (2 centimètres environ) du bord externe du ventricule latéral.

3° L'aphasie extemporanée, sans paralysie permanente de la face et des membres, correspond à la destruction de l'une des parties cérébrales qui avoisinent la partie postérieure des irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires, c'est-à-dire au troisième centimètre du bord externe du ventricule latéral.

4° L'aphasie permanente, sans paralysie ou avec paralysie momentanée, trahit la destruction des irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires à leur partie antérieure.

5° L'aphasie momentanée sans paralysie permanente est due à la destruction de la partie postérieure des irradiations frontales extra-nucléaires, coïncidant avec celle de la partie inférieure des circonvolutions cérébrales et de la partie complémentaire de la marginale sylvienne. (Comm. MM. Vulpian et Mathias Duval, rapporteur.)

—

M. le docteur Mascarel (de Chatellerault) lit une *note sur l'allaitement artificiel en Poitou.*

L'auteur expose que par suite des maladies constitutionnelles, et surtout de la syphilis qui étend de plus en plus ses ravages, les bonnes nourrices deviennent de plus en plus rares. On est bien forcé de recourir à l'allaitement artificiel.

Le lait de chèvre étendu le premier mois des trois cinquièmes d'eau à peine sucré le premier mois, de moitié seulement le mois suivant, puis d'une quantité de moins en mois grande jusqu'au cinquième où on le donne pur, réussit très bien dans le Poitou. Quant au lait de vache, on le coupe d'abord aussi aux trois cinquièmes, puis au cinq neuvièmes au second, puis à parties égales au troisième mois. (Comm. MM. de Villiers et Guéniot.)

—

M. Tillaux présente un jeune homme auquel il a pratiqué avec un plein succès, il y a six semaines, à l'hôpital Beaujon, l'extirpation d'un goître kystique énorme, occupant toute la longueur du cou, depuis la mâchoire jusqu'au sternum et s'étendant transversalement de l'un des muscles sterno-mastoïdiens à l'autre.

Plusieurs chirurgiens, en Hollande, avaient refusé d'opérer ce jeune homme, qui est aujourd'hui parfaitement bien portant et délivré d'une difformité à la fois désagréable et gênante dont il ne lui reste plus que la cicatrice facile à dérober à la vue.

— A quatre heures et demie l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

THÉRAPEUTIQUE

L'EXTRAIT DE PIMENT; DES MOYENS DE LE CONSERVER SANS ALTÉRATIONS

Par M. le Docteur P. Lardy.

Lorsque parut, il y a quelques années, l'extrait de piment, ses qualités spéciales, que ne possédait aucun autre révulsif, le firent rapidement adopter par la plupart des médecins. Malheureusement, à ces qualités venait s'ajouter un défaut des plus graves, le manque de conservation.

Incorporé à une masse emplastique, il perdait après quelques mois, souvent même quelques semaines, toute son énergie. La qualité du piment employé fut d'abord incriminée, mais à tort, et ce n'est qu'après un long espace de temps et de nombreuses recherches, que la véritable cause de son altération a été enfin connue, et qu'il a été possible d'y porter remède.

La capsicine a été isolée. C'est un alcaloïde d'une extrême causticité. Mais, chose bizarre et

qu'il n'était pas possible de prévoir, les sels de capsicine perdent presque complètement cette action caustique.

Or il se produisait ce fait : L'extrait de piment étant mélangé à une masse emplastique dans laquelle entraient des matières huileuses et résineuses, la capsicine jouait vis-à-vis de ces dernières le rôle de base; et il se formait des oléates, des margarates et des résinates de capsicine qui n'avaient plus aucune action.

La cause trouvée, on devait songer immédiatement à un moyen fort simple d'y remédier : c'était de neutraliser au préalable les acides organiques qui entraient en combinaison avec la capsicine.

Et il est arrivé ce qu'on devait espérer, mais ce que le temps seul pouvait démontrer; la capsicine, restant ainsi en l'état, conserve toute son énergie primitive, et des échantillons préparés depuis plus d'un an ont aujourd'hui exactement la même puissance d'action qu'aux premiers jours.

Voilà donc ce révulsif qui reprend la place que lui assignaient ses qualités spéciales, et qu'il avait momentanément perdue.

Ces qualités sont encore présentes à l'esprit de bon nombre de médecins.

Le thapsia, l'huile de croton, le tartre stibié, agissent lentement et produisent des démangeaisons intolérables, et des éruptions qui parfois s'étendent sur une grande surface et deviennent souvent plus désagréables que le mal qu'on espérait soulager.

Le sinapisme agit rapidement, mais son action cesse aussi vite. Excellent donc dans certains cas, il devient impuissant dans une foule de circonstances.

Quant au vésicatoire, son action relativement lente, mais excessive, en fait un moyen qu'on doit réserver et qui ne s'emploie pas toujours impunément.

Contrairement à ces divers révulsifs, l'extrait de piment n'occasionne que de la chaleur, une vive rougeur et une cuisson légère, *sans douleur, démangeaisons ou éruptions.*

On peut dire que c'est un sinapisme qui, arrivé à la moitié de son action, se maintiendrait ainsi pendant vingt-quatre heures et plus. Il est donc facile de comprendre les résultats que doit nécessairement produire une semblable révulsion dans toutes les affections de la gorge et des bronches, surtout au début de l'inflammation, qui peut souvent ainsi être jugulée. Au déclin de ces affections, de même que dans les douleurs névralgiques ou rhumatoïdes, les effets révulsifs de l'extrait de piment sont également remarquables. Et on pourra facilement s'en convaincre aujourd'hui qu'il est permis de compter sur la fidélité d'action du produit.

CORRESPONDANCE

Nous avons donné, dans le numéro du 28 novembre, une observation d'éclampsie traitée par le chloral à hautes doses. M. le docteur Roché, qui nous l'avait envoyée, nous communique aujourd'hui les détails qui la complètent.

Charny (Yonne), 29 novembre 1882.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je me fais un devoir de répondre à l'interrogation qui commente mon observation.

Le 18 novembre. Plus d'attaques; face bouffie, aspect hébété, mutisme. Cris plaintifs toute la journée; le soir, au toucher vaginal, rien du côté de l'utérus. Lavement avec quinze gouttes de laudanum de Sydenham. Sommeil.

Le 19, la malade cause; céphalalgie; impossibilité complète de remuer les bras; elle soulève bien les jambes. — Calomel, 1 gram. en dix paquets; un paquet toutes les heures, jusqu'à effet purgatif. Régime lacté intégral.

Le 20, céphalalgie; mobilité des bras; aux jambes, pas trace d'œdème, tandis que les bras sont considérablement infiltrés.

Le 21, plus de céphalalgie; la malade entend très bien et répond de même; la lecture est impossible. — Calomel et jalap, *ââ* 0,60; un paquet toutes les heures.

Le 22, la malade est gaie; elle dit que la vue est un peu meilleure; l'œdème des bras n'a pas diminué sensiblement.

Le 23, calomel et jalap. — Le 24, lecture possible; l'œdème des bras diminue un peu.

Le 26, convalescence; la face n'est plus infiltrée; il ne reste que de l'œdème aux bras.

« Il faut sans doute, si l'on veut réussir, suivre les indications tirées de la marche des symptômes et proportionner l'énergie du traitement à la gravité du mal. Formules des lois.....» C'est très vrai : en donnant le chloral à de si hautes doses, j'ai simplement, sans trop de

hardiesse, suivi les indications; voyant les crises revenir, je les ai combattues, persuadé qu'à une nouvelle attaque, il fallait une nouvelle dose.

Agréez, etc. Dr G. ROCHÉ.

FORMULAIRE

PRISES CONTRE LA CYSTITE BLENNORRHAGIQUE. — DIDAY.

Feuilles de jusquiame pulv.	2	grammes.
Sucre pulv.	15	—

Mêlez avec soin et divisez en 20 prises.

On prend une de ces prises trois fois par jour, en la délayant dans un verre de tisane de lin sucrée avec du sirop d'orgeat. On applique au bas des reins un emplâtre stibié de 12 centimètres de côté, qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'il ait produit quelques boutons. On recommande au malade de résister à l'envie de pousser fortement les dernières gouttes d'urine. Enfin on pratique des onctions au périnée avec une pommade belladonée, ou bien on introduit dans rectum, un suppositoire additionné d'un à deux décigrammes d'extrait de belladone. — Si les narcotiques n'ont déterminé aucune sédation au bout de 3 jours, on peut essayer des balsamiques, dont le plus efficace est la térébenthine de Venise, prise matin et soir dans du pain azyme. On cesse les balsamiques au bout de 3 jours, si on n'a pas constaté d'amélioration. — En tous cas, le copahu est contre-indiqué, lorsque l'uréthrite est suraiguë. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui suprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

—

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour deux places d'interne dans les asiles d'aliénés de la Seine a été ouvert le 4 décembre. Il y a seize candidats. Les membres du jury sont MM. Ball, Dagonet, Falret, Hallopeau, Legrand du Saulle, Magnan et Nicaise.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Cazalis, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. Cet honorable confrère a succombé, à l'âge de 75 ans, à une angine de poitrine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Straus, agrégé, remplacera M. le professeur Bouchard à dater du mercredi 13 décembre 1882, et continuera le cours de pathologie et thérapeutique générales les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, salle Laënnec.

— Les élections pour le renouvellement de bureau de la Société d'anthropologie ont eu lieu hier soir jeudi. Ont été élus pour 1883 :

Président : M. le docteur Proust ; vice-présidents : MM. les docteurs Hamy et Dureau ; secrétaire général adjoint ; M. Girard de Riolle ; secrétaires annuels : M. le docteur Prat et M. Issaurat ; conservateur des collections : M. le docteur Collineau ; archiviste : M. Vinson, et trésorier : M. Leguay.

M. de Quatrefages, M. le professeur Parrot et M. le docteur Auburtin ont été réélus membres de la commission de publication. — M. le docteur Topinard reste secrétaire général.

— La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1883, qui se trouve ainsi composé :

Président, M. Reliquet ; — vice-président, M. Polaillon ; — secrétaire général, M. de Beauvais ; — secrétaires des séances, MM. Graux et Marchal ; — archiviste, M. Rougon ; — trésorier, M. Perrin.

Membres dn conseil d'administration : MM. Duroziez et Fraigniaud.

Membres du comité de rédaction : MM. Delefosse, Henri Bergeron, Dubrisay et Richelot fils.

Le Gérant, RICHELOT.

PARIS. — ypographie Félix MALTESTE et Ce, 22, rue Dussoubs.

Clinique Médicale des Hôpitaux

ANASARQUE DOTHIÉNENTÉRIQUE SANS ALBUMINURIE.

(Hôpital Beaujon. — Service de M. MILLARD.)

Hydropisies dans la fièvre typhoïde. — Hydropisies avec ou sans albuminurie. — Œdèmes locaux. — Anasarques. — Caractères cliniques. — Invasion rapide. — Formes aiguës avec ou sans fièvre. — C'est un accident de la défervescence. — Sa valeur pronostique ; sa pathogénie ; son traitement.

Le 3 novembre 1882, un jeune homme de 16 ans, malade depuis quelques jours, entrait dans le service de M. Millard, au n° 13 de la salle Saint-Louis. Il avait une fièvre vive, une soif ardente, de l'élévation thermique avec exacerbations vespérales (39° et 40°), et rémissions matinales (38°6 et 39°), de la courbature, de la sécheresse cutanée, de l'état saburral des premières voies et présentait, enfin, tous les signes locaux classiques de la dothiénentérie.

La stupeur, qui était surtout marquée, persista pendant les jours suivants, sans qu'aucune complication pulmonaire ou autre vint modifier l'évolution de la pyrexie, dont le type était adynamique et la forme moyenne. On était déjà au seizième jour ; quand survint une hémorrhagie intestinale d'une excessive abondance. Dans la nuit du 15 au 16 novembre, le sang avait inondé le lit du malade et le parquet de la salle et, à la visite du matin, on observait l'accélération du pouls (120 pulsations) ; le refroidissement des extrémités et une faiblesse extrême. Ce ne fût que le surlendemain que l'entérorrhagie et la diarrhée sanglante s'arrêtèrent et que le pouls reprit un type moins fréquent (92 pulsations). Un nouvel épisode allait se produire.

En effet, le 19 novembre, les membres inférieurs, le tronc, les membres supé-

FEUILLETON

CAUSERIES

Il n'est pas probable que l'on songe de sitôt à discuter le projet de loi sur la crémation, déposé à la Chambre et revêtu des signatures les plus considérables, y compris celles de plusieurs députés particulièrement autorisés dans les questions d'hygiène et de police sanitaire. Même, la proposition vînt-elle à être examinée, il est douteux qu'un vote établisse chez nous la crémation facultative, comme elle existe dans certains pays voisins. Il y a quelques années, un mouvement d'opinion semblait se dessiner en faveur de la crémation, grâce aux efforts convaincus de quelques publicistes qui avaient chaudement embrassé cette cause, très en honneur à l'étranger, et surtout en Italie. Aujourd'hui, la curiosité publique semble revenue à l'indifférence première, et il serait exagéré de présenter la crémation comme une question brûlante. Bien d'autres, plus palpitantes et nous piquant plus au vif, comme la question du divorce par exemple, attendent encore le jour de leur maturité, et il semblerait injuste de faire passer devant elles cette formalité ultime, qui n'a réellement pour chacun de nous qu'un intérêt tout à fait posthume. Pourquoi voulez-vous que je me préoccupe de la façon dont seront réglées mes funérailles, étant donné le rôle essentiellement inactif qui m'est réservé dans cette cérémonie ? Cela revient à peu près à la réponse bien connue de l'homme peu sensible, qui disait : Pourquoi irais-je à l'enterrement de ce monsieur, alors qu'il est bien certain qu'il n'ira pas au mien ? Nous ne risquons guère, je crois, de voir nos législateurs se passionner ni pour ni contre la crémation, et l'alternative de nous faire enterrer ou enfourner, selon les goûts de

rieurs sont tuméfiés ; ce gonflement, qui est celui de l'œdème, est généralisé et surtout marqué dans les régions déclives du dos, et s'accompagne de l'expulsion de selles glaireuses. L'état général est bon, la défervescence complète (37 degrés). Les urines sont abondantes, dépourvues de toute *trace d'albumine*, et l'anasarque est plus apparente sur les avant-bras, les poignets, les mains et surtout la région postérieure du tronc. Sa résolution fut graduelle, mais plus lente dans ces dernières régions.

On était donc en présence d'une anasarque généralisée et survenue sans albuminurie pendant le troisième septenaire d'une fièvre typhoïde adynamique. Consécutive à une grave entérorrhagie et contemporaine de la défervescence, elle était, par ses caractères et l'époque chronologique de son apparition, différente des *œdèmes légers et fugaces* qu'on observe parfois sur le scrotum ou les membres inférieurs dans la convalescence de la dothiénentérie et des autres maladies graves. De plus, par sa symptomatologie, elle était analogue aux faits signalés en 1858 par MM. Leudet, Martin, Borde (1) et antérieurement par Chomel, Louis, Forget et quelques-uns des anciens médecins (2).

Au témoignage de M. Millard et de la totalité des observateurs français, cette complication est loin d'être fréquente, tout au moins dans la clinique hospitalière parisienne (3). Il n'en serait pas de même sous tous les climats et dans toutes les épidémies ; aussi M. Leudet, qui n'en avait pas rencontré un seul cas durant un séjour de dix années dans les hôpitaux de Paris, en observait huit à l'Hôtel-Dieu de Rouen dans un court espace de temps, et Griésinger, pendant l'épidémie de 1857,

(1) Leudet. *Archives gén. de méd.*, 5e série, t. XII, p. 407, oct. 1858. *Recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde.* — Martin. *Moniteur des hôp.*, 1858, t. VI, n° 11, p. 83. — Borde. *De quelques anasarques de cause douteuse.* Thèse inaug. Paris, 1858. — Luton. *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*, janvier 1858.

(2) Chomel. *Leçons de clinique médicale*, rédigées par Gesnet, t. I, p. 53. — Louis. *Traité de la fièvre typhoïde*, t. II, p. 71, 1841. — Forget. *Traité de l'entérite folliculeuse*, 1841, p. 141. — Voir aussi Littré, *Diction. de méd.*, t. XVI, p. 6, 1839. — Ernest Besnier, *Diction. encyc.*, t. IV, p. 174. — Grant. *Bulletin de la Soc. anat.*, 1839, p. 231. — Itard. Article *Hydropisie* du Dict. des sc. méd., 1818, t. XXII. — Andral. *Clinique méd.*, t. III, p. 129.

(3) Trousseau. *Clinique méd.*, 1868, t. I, p. 294.

---

chacun, manquera longtemps encore dans nos règlements sur la matière. Il est évident que cela nous touche trop en dernier ressort pour qu'on s'anime beaucoup là-dessus.

On pensait dernièrement que la crémation allait recevoir une haute consécration dans la personne, ou plutôt dans le corps d'un illustre défunt, celui que l'enthousiasme des foules avait baptisé le héros des Deux-Mondes, sans doute par une allusion gracieuse à la Revue du même nom. Mais voyez l'inconséquence des choses de cette terre ! Avoir voyagé par tous pays sur le char de la Renommée, avoir conquis des provinces, agrandi des royaumes et même transformé des pharmaciens en généraux, et ne point aboutir à faire exécuter sa dernière volonté, qui pourtant avait été formellement exprimée et écrite par Garibaldi, et qui disposait tout pour une crémation dans toutes les règles. La chose, telle qu'il la souhaitait, a été ajournée d'abord, puis renvoyée aux calendes grecques. Ce qui prouve que la crémation n'est pas encore bien facile à se procurer, même dans les plus hautes situations, où l'on aurait cependant le choix des moyens plutôt que dans le commun des mortels. Pour ce genre de déceptions, il faudra un vocabulaire spécial; on ne manquera plus alors de quelques pouces de terre où reposer ses restes, mais on dira : il n'a pas eu son stère de bois pour se réduire en cendres.

Il y a évidemment beaucoup de personnes qui trouveraient de mauvais goût qu'on vînt les consulter sérieusement sur leurs intentions finales, en leur donnant à choisir, comme sur la carte d'un restaurant : crémation ou enterrement ? Presque toujours, lorsqu'on parle de la mort, il semble qu'on aborde quelque chose de *shocking*, et on vous accueille par des mines effarouchées et un air d'étonnement. Vous causerez volontiers du voyage que vous ferez aux vacances prochaines, et que vous n'êtes point sûr de faire ; vous discuterez une foule de projets et d'arrangements, qui tous peuvent manquer; pourquoi donc ne pas nous entretenir du seul événement absolument inévitable pour tous, et sur lequel nous pouvons tabler sans la moindre incertitude? C'est tout simplement parce que la peur de la mort est un sentiment

la constatait en Allemagne sur un quart des individus victimes du typhus de famine (1).

Plus souvent signalée par les auteurs anglais anciens que par les modernes (2) cette complication a encore été notée par Magnus Huss dans l'épidémie de Suède et par Virchow sur les typhiques de la haute Silésie prussienne (3); mais avant de discuter ces faits et les conditions pathogéniques de cette anasarque, il convient de déterminer les variétés, les formes et les caractères cliniques des hydropisies qui peuvent se rencontrer dans le cours de la dothiénentérie. Or, les faits cliniques, malgré leur nombre restreint, montrent bien que ces complications, n'étant pas toujours identiques dans leurs manifestations ne sont pas unes dans leur nature. En comparant les observations recueillies à diverses époques, on reconnaît que ces hydropisies ont les formes cliniques suivantes :

1° Les *œdèmes* sont *locaux et partiels*, et résultent alors d'une coagulation sanguine (4). Tel est le cas d'oblitération de la saphène interne observé par M. Leudet, en 1866, consécutivement à une entérorrhagie dothiénentérique; tel est encore le fait clinique, signalé par M. Virchow, dans lequel l'œdématie était localisée à un seul côté de la face et causée par une thrombose de la jugulaire interne. Ce dernier exemple est une remarquable confirmation, à de longues années de distance, d'une expérience fameuse de Lower (5).

En tout cas, les œdèmes de cette nature ne sont pas particulièrs à la dothiénentérie; on les rencontre dans tous les états de cachexie. Nous ne nous y arrêterons pas.

(1) Griésinger. *Virchow's handbuch dei pathol. und dei therap.*, t. II, 1857, p. 173.

(2) *Reynold's syst. of med.*, t. I, p. 359. — Crampton. *Rapport clinique sur l'hydropisie*, cité par Littré, *loc. cit.* — Carmichael Smith, trad. par Ollier : *Observations sur la fièvre des hôpitaux*, p. 58.

(3) Magnus Huss. *Statistique et traitement de la fièvre typhoïde*, observations recueillies à l'hôpital Séraphin de Stockhom. Paris, 1855, p. 705. — Virchow. *Arch. für path. anat.*, 1849, t. II, p. 401.

(4) Griésinger, *loc. cit.* — Magnus Huss, *loc. cit.* — Virchow. Typhus in Oberschesien, *Arch. f. path. und. anat.* (*loc. cit.*)

(5) Lower. *Tractatus de cordè*, p. 118. — Peu de temps après la ligature sur un chien des veines jugulaires « toutes les parties situées au-dessus de la ligature se tuméfièrent considérablement, et ce chien succomba au bout de deux jours comme suffoqué par une angine.....»

---

des plus répandus, qui se voit très développé chez les hommes les mieux doués, les plus solides et les plus prompts d'ailleurs à risquer leur peau quand il le faut. Ceux-là mêmes ont peur de la mort, et ne s'en cachent pas, et à la moindre allusion, la plus anodine, à cette éventualité, ils détournent la tête et la conversation, comme si on leur demandait des nouvelles de quelqu'un des leurs qui aurait mal tourné. On leur lirait en vain la scène III de l'acte V de *Marion Delorme*, où Didier et Saverny échangent quelques pensées fort douces sur ce grave sujet, qui est plein d'actualité pour eux; la conclusion, c'est qu'une fois mort

. . . . . On a bien l'enfer, mais ce n'est rien
Près de la vie!

Sans vouloir, après saint Jérôme et *tutti quanti*, philosopher ni quintessencier là-dessus, il me semble tout simplement et tout naturellement que si quelque chose vaut mieux que d'être vivant, c'est d'être mort. Cela est tellement clair que j'y vois toute la limpidité et toute la valeur d'un axiome.

Le fait étant admis, vous conviendrez sans peine que de toutes les manières de se rendre définitivement dans l'autre monde, il n'en est pas de plus séduisante que la crémation. Quel symbole plus vrai de la valeur de l'existence, que de se réduire en fin de compte à un peu de fumée et à une poignée de cendres? Il n'y a rien de moins respectueux de ce qui fut nous-mêmes, que le sort auquel l'usage condamne aujourd'hui nos dépouilles. D'abord on nous enferme, et puis l'on nous enfouit le plus loin qu'on peut dans la terre, comme pour être bien sûr que nous n'en reviendrons pas, et qu'on sera débarrassé de nous pour tout de bon. Et puis, la chimie souterraine fait son œuvre, et nous transforme en toutes sortes de choses repoussantes, de l'adipocire, des ptomaïnes et des nuées de microbes, dont quelques-uns de

2° Les *anasarques avec néphrite*, dont Traube (1) a fait connaître une observation remarquable dans laquelle l'œdème, limité aux jambes et aux pieds, accompagnait une suppuration des reins, d'origine dothiénentérique. Néanmoins si M. Rayer n'admettait pas l'existence d'une néphrite typhoïdique, il ne faut pas oublier que Griésinger, Frerichs, Rilliet et Barthez (2) et d'autres encore, ont observé, dans cette maladie, des altérations rénales remarquables.

3° Les *anasarques et les hydropisies séreuses* avec albuminurie ont été notées par Griésinger, pendant l'épidémie de 1856, par Harley, et par un certain nombre de médecins (3). Chez les malades de ce premier auteur, elles survenaient dans le troisième septénaire, et, chez celui du second, vers le trente-cinquième jour après le début de la convalescence. De plus, dans ce dernier cas, des phénomènes fébriles et une desquamation accompagnaient l'invasion de l'anasarque. Il ne faut pas oublier, ici, qu'on a noté, chez certains malades, l'abondance des sudamina et, parfois, des éruptions véritables de miliaire. Quel rapport établir entre ces éruptions et les anasarques avec albuminurie de la dothiénentérie ? Aucun autre, sans doute, que celui dont Chomel avait vérifié la réalité : à savoir, que « les sudamina larges, « nombreux, confluents et le décollement consécutif de l'épiderme sont des signes « du plus fâcheux augure dans les maladies graves, et spécialement dans la ma« ladie typhoïde. » (4)

4° Les *anasarques et hydropisies séreuses sans albuminurie* sont celles qui se montrent au moment de la défervescence de la dothiénentérie. Telles étaient les observations de M. Leudet, de Crampton, de Carmichael Smith et celle dont nous venons de donner l'histoire. Sur 8 cas d'anasarque dothiénentérique, 6 fois on a constaté l'absence d'albuminurie. Il est donc vraisemblable que cette dernière forme est, de toutes, la moins rare.

Quels sont donc les caractères cliniques de cette anasarque ? Elle s'est toujours déclarée à la fin de la période pyrétique, dans le troisième septénaire, vers le seizième et le dix-huitième jour de la maladie. Souvent un flux sudoral (Griésinger) ou diarrhéïque abondant ; parfois de grandes entérorrhagies, comme chez notre ma-

(1) Traube. *Ann. der Charité krankenh*, t. I, p. 245.
(2) Griésinger. *Traité des malad. infectieuses*, 1868, p. 284.
(3) Harley. *Reynold's system.* (*loc. cit.*)
(4) Chomel. *Dict. de méd.*, 1839, t. XX, p. 18.

---

forte taille. Il est certain que la pensée de cet avenir au-dessous du niveau des tramways, est pour beaucoup dans la répulsion qu'inspire l'idée de la mort à tant de gens. Rien de pareil avec la crémation, où tout se passe proprement, et où la grande purification par le feu ne laisse de nous que des vestiges très présentables, peu encombrants et faciles à transporter, même en voyage. Il est vrai que chez nous elle n'aurait plus la même poésie que dans l'antiquité, où les flammes du bûcher s'élevaient en droite ligne vers un ciel toujours bleu, et l'opération perdrait beaucoup de son charme à être suivie par une assistance tout entière abritée sous des parapluies. Sans compter que le bûcher lui-même, vu le prix du bois et la difficulté d'en avoir de bien sec, serait remplacé par quelque savant appareil tenant à la fois de la boulangerie et de la fabrication du gaz d'éclairage. Cette crémation perfectionnée et expéditive n'aurait plus rien de commun avec les funérailles des héros d'Homère. Mais il faut espérer que si la crémation devenait facultative, on aurait aussi le droit de choisir son procédé, et que toute latitude serait laissée à ceux qui voudraient se faire brûler au bois plutôt qu'au charbon.

Il ne semble pas que la question se pose d'une façon bien urgente au point de vue de l'hygiène publique. Des innombrables causes d'infection qui nous enserrent dans les grandes villes, les cimetières semblent exclus, car on les a innocentés, preuves en main, de toute aggravation des maladies dans leur voisinage. Ainsi l'hygiène moderne, si chercheuse de sa nature, veut bien laisser à leur sommeil les habitants des nécropoles. Mais à un autre point de vue, la crémation peut devenir une question pressante dans les grandes agglomérations comme Paris, où l'on dit depuis bien longtemps que la place va manquer dans les champs de repos. De même en temps d'épidémie, d'une épidémie violente et meurtrière comme fut le choléra de 1832, la nécessité de l'incinération des corps pourrait s'imposer et comme mesure

lade, ou bien des pertes de sang provoquées dans un but thérapeutique (Bordes); dans d'autres cas, des accidents pulmonaires : bronchites (Louis), (Leudet (Obs. IV); pleuro-pneumonies (Magnus Huss, Leudet (Obs. VII), c'est-à-dire des causes de débilitation, ont précédées l'apparition de cet épisode. En général, le sujet possède une faible constitution et la fièvre typhoïde a une forme adynamique.

Dans la majorité des cas, le *début* est brusque; ses allures sont celles de l'*anasarque rapide*. Est-il accompagné de phénomènes fébriles? Alors on se trouve en présence d'une sorte d'*anasarque aiguë fébrile*. Cependant, le plus souvent, il en est autrement. L'hyperémie cutanée, l'accélération du pouls, l'élévation thermique font défaut et les allures initiales de cette complication sont celles de l'*anasarque apyrétique aiguë* (1).

Peu importe, d'ailleurs, que l'invasion présente l'une ou l'autre de ces formes; la distribution topographique de l'œdème est remarquable. Chez notre malade, l'anasarque s'était généralisée, dans un court espace de temps, sur le tronc et sur les quatre membres. Parfois, cependant, elle est moins étendue et se localise sur les membres supérieurs (Magnus Huss), sur la face (Griésinger), et, dans certaines observations, elle semble avoir choisi pour lieu d'élection favori les malléoles et les membres inférieurs (Chomel, Piedaguel et Forget, Leudet (2). Il y a loin d'une telle distribution topographique à cette sorte de loi, généralement vraie, d'après laquelle l'anasarque brightique débute par la face et l'œdème cardiaque par les membres inférieurs.

Normale en qualité et en quantité, l'urine peut être abondante, mais jamais, dans la forme actuelle, elle ne contenait d'albumine, ni dans notre observation, ni dans celles de M. Leudet.

L'hydropisie n'est pas toujours limitée au tissu cellulaire sous-cutané; elle peut siéger aussi dans la plèvre (3) ou dans le péritoine (Leudet, Huss, Crampton, Martin). Mais, dans ces cas, l'anasarque coexiste généralement, sinon toujours, avec l'ascite et l'hydrothorax. Que conclure de ces faits, sinon que les hydropisies dothiénenthériques siègent de préférence dans le tissu cellulaire, que les épanchements

(1) Ernest Besnier. *Dict. encyclop.*, t. IV, p. 181.

(2) Chomel, *loc. cit.*, p. 53, t. I. — Forget, *loc. cit.*, p. 241. — Leudet, *loc. cit.*

(3) Louis, *loc. cit.*, t. II, p. 186. — Forget, *loc. cit.*, p. 239. — Griésinger, *loc. cit.*, p. 92, et *Traité des mal. infectieuses*, édition française, 1868, p. 283.

---

de salubrité, et par l'insuffisance des moyens ordinaires. Enfin, sur les champs de bataille, la crémation serait aussi indiquée pour la santé des survivants que pour le respect des morts; elle nous épargnerait de voir ces corps, à peine recouverts à la hâte, reparaître après la première pluie pour réclamer au passant une sépulture.

En dehors de ces quelques circonstances particulières, et jusqu'à nouvel ordre, la crémation est plutôt affaire de goût et d'agrément que de nécessité. On pourra objecter que ce serait grand dommage si elle avait toujours existé, car alors nous ne posséderions ni squelette d'homme préhistorique, ni aucun de ces crânes qui font la gloire des collections et sur lesquelles on voit les traces de l'opération du trépan, avant l'invention de la chirurgie antiseptique. Mais quoi qu'il advienne, il subsistera assez d'échantillons de notre espèce actuelle pour que les anthropologistes des siècles à venir nous mesurent aisément dans tous les sens, ce qui les amènera sans doute à reconnaître, par la comparaison des têtes présentes et futures que les hommes seront alors beaucoup plus intelligents qu'aujourd'hui, ce que nous avons d'ailleurs constaté sur nous-mêmes par rapport à nos aïeux.

En dehors du bûcher antique, avec ses bois parfumés, ses branchages d'essences balsamiques qui devaient flamber et pétiller gaîment autour du défunt, il est un peuple dans l'ancien monde qui savait parer la mort et entourer nos dépouilles de tant de soins et d'attraits, que le passage de vie à trépas ne pouvait éveiller aucune idée lugubre. Je ne sais rien de plus avenant que l'état des momies, comme les arrangeaient les Egyptiens, et je ne m'étonne point que l'une d'elles ait inspiré le délicieux *Roman de la Momie* de Théophile Gautier. Nous qui célébrons volontiers notre attachement au culte des morts, nous les traitons bien plus mal que ne faisaient les ancêtres d'Arabi. Nos sépultures, en dépit des fleurs, des petits monuments et des discours sur les tombes, *prématurément ouvertes*, ne sont qu'un indigne

cavitaires sont l'exception, et que l'anasarque, localisée ou généralisée est la règle.

Cet ensemble de caractères cliniques assurera donc le diagnostic de l'anasarque dothiénentérique. Il est donc inutile d'insister, comme on l'a fait, sur les différences qui la séparent de l'*érysipèle généralisé et diffus*. Quant au diagnostic de l'*espèce* d'anasarque, il ne pourrait être hésitant qu'en présence de malades déjà en puissance d'œdèmes *brightiques* ou *cardiaques*; ou bien encore chez des *femmes menstruées* pendant la maladie. Dans ce cas, en effet, l'écoulement menstruel est faible et peut être suivi d'un œdème localisé aux petites lèvres.

Episode de la défervescence de la dothiénentérie, cette complication n'aggrave pas le pronostic définitif de la maladie. Dans douze cas où elle a été observée, la mort n'est survenue que trois fois, une fois par péritonite purulente, et deux fois par la violence des entérorrhagies. Elle a donc surtout l'inconvénient de retarder la convalescence, parce que sa résolution demande de un à deux ou trois septenaires: parce qu'elle peut augmenter sous l'influence d'un nouvel incident, tel que la répétition d'une hémorrhagie, parce qu'enfin elle est l'indice d'un état de profonde adynamie.

Quelles sont donc les conditions pathogéniques de ces hydropisies?

Faut-il les considérer comme des anasarques *a frigore* (1), en faire une manifestation des néphrites dues à cette cause, ou les placer sous la dépendance de modifications morbides de la peau? Non assurément, pas plus qu'on ne doit les attribuer à une néphrite albumineuse, puisque l'albuminurie fait défaut. Sont-elles le privilège de quelques contrées, telles que la Suède, l'Allemagne, les pays dn Nord; ou de certaines villes comme Rouen ou Stokholm, ou bien encore de constitutions épidémiques particulières? (2) Aucune de ces explications, quelle que soit l'interprétation des faits, ne satisfait à toutes les objections.

C'est donc dans l'état constitutionnel du malade et non dans le milieu extérieur qu'il faut placer les causes de ces accidents. Ils se manifesteront dans l'*inanition* comme l'*hydrops famelicus* des sinistres *épidémies de famine* (3), sous l'influence

(1) Crampton et Littré, *loc. cit.* — Lancereaux. *La néphrite* a frigore (*Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, n° 1, p. 31, décembre 1882).

(2) Trousseau. *Clinique méd.*, *loc. cit.* — Leudet, *loc. cit.*

(3) Jaccoud. *Dict. de méd.*, t. XVIII, p. 47. — Mareska. *Disette des Flandres.* — Hallé, *Épidémie d'Anzin.* — Griésinger, Virchow, Magnus Huss, *Épidémies de Suède et d'Allemagne.*

---

abandon des corps aux plus basses œuvres de la nature; et même pour les privilégiés, les embaumements les mieux réussis ne valent pas encore l'heureuse condition de la plus humble des momies. C'est sur les bords du Nil qu'on avait bien compris le respect et l'embellissement de la mort, et dans ce temps-là on pouvait s'en aller sans répugnance, sachant toutes les attentions réservées aux trépassés. De fines bandelettes bien ajustées, des herbes aromatiques, des résines, des parfums, voire même un revêtement de feuilles d'or, n'était-ce pas une condition plus enviable pour beaucoup que tout le confortable terrestre? Si jamais le terme de *concession à perpétuité* a eu un sens réel, c'est bien pour les momies, qui ont traversé dans leur sommeil embaumé une suite de siècles dont nous savons à peine le chiffre, et que nous retrouvons placides et intactes, nous donnant comme l'émotion d'un tête-à-tête avec les contemporains de quelque Pharaon quasi-légendaire. Ce n'est pas, vous le pensez-bien, que je souhaite un retour à ces pratiques, assurément irréprochables au point de vue de l'hygiène. Si déjà nous craignons de manquer de place dans nos cimetières, au point qu'on soit bientôt obligé de nous installer pour l'avenir une vaste colonie mortuaire, en pleine campagne, il serait hors de propos de nous rendre encore plus gênants en nous transformant en momies. Au contraire, la crémation résout à la fois la question de l'encombrement des cimetières, et toutes les questions hygiéniques y afférentes. Elle est la destruction logique de ce qui n'est plus et n'a plus de raison d'être. Elle est enfin une forme, au moins aussi satisfaisante que toute autre, du culte et du respect des morts. Enfin, chacun son goût, et pour ma part j'aimerais une pile de bois de cyprès, avec de l'eucalyptus, du romarin, du laurier, et surtout beaucoup de genièvre, de ces grosses baies de genièvre des collines de Provence. Mais j'ai été si maladroit toute ma vie pour faire mon feu, que certainement j'aurais encore des difficultés pour bien me chauffer ce jour-là.

de l'insalubrité et de l'encombrement, comme dans les *fièvres des prisons* (1) et le *typhus de misère*.

Ils pourront encore avoir pour origine l'appauvrissement consécutif aux flux diarrhéiques les complications pulmonaires toujours graves dans la dothiénentérie (2), et enfin les grandes pertes de sang, toutes causes d'hydropisies signalées et discutées depuis longtemps. Mais ni l'hypo-albuminose consécutive aux diarrhées profuses (3) ni la diminution posthémorrhagique des globules sanguins (4) ne suffisent pour donner la clef de ces accidents, et il faut admettre une condition morbide de tous les tissus de l'organisme et un état discrasique du sang.

C'est ainsi qu'on a vu une médication intempestive par des saignées répétées (5) provoquer l'apparition de cette anasarque dans le cours de la dothiénentérie. C'est aussi pour ce motif qu'elle cédéra le plus souvent au régime et à la médication toniques.

Ch. Eloy.

(1) Schulzemberger. *Compte rendu et résumé de la clinique*. Strasbourg, 1856. — Carmichael Smith, *loc. cit.*

(2) Graves. Cinquante-cinquième leçon. — Cruveilhier. *Anat. path.*, t. IV, p. 55, etc. — Darwall. *Cyclop of pract. med.*, t. I, art. *Dropsy*.

(3) *Dict. de Jaccoud*, t. XVIII, p. 47. — Becquerel et Rodier, *Archives gén. de méd.*, 1850, et *Chimie path.*, 1854.

(4) Hardy et Béhier. *Traité de path. interne*. — Voir aussi G. Sée et Jaccoud : *Leçons de pathologie expérimentale*. Paris, 1866, et *Leçons cliniques faites à la Charité*, 1873.

(5) Voir le cas signalé par M. Bordes, *loc. cit.*, d'un fébricitant traité par les saignées coup sur coup et atteint consécutivement d'anasarque, d'hydro-péricardite et d'hydro-thorax.

Pommade contre l'herpès tonsurant. — Ernest Besnier.

Acide borique	1 gramme.
Soufre sublimé.	1 —
Vaseline blanche.	48 grammes.

F. s. a. — Les cheveux ayant été préalablement rasés, on savonne le cuir chevelu matin et soir, puis on le frictionne avec gros comme une noisette de la pommade. — N. G.

Si, par hasard, la Chambre votait cette loi sur la crémation facultative, je demanderais en même temps à l'Académie française de vouloir bien introduire dans la langue un verbe qui désigne l'action de se livrer à la crémation. *Incinérer* est trop savant et ne sera jamais populaire, *brûler* est trop simple et pas assez technique. Il en faudrait un qui dérivât de la même racine que crémation ; se faire *crémer* serait un peu hardi, et aurait une mauvaise consonnance. On ne se figure pas combien l'absence du verbe en question est incommode, et à quelles périphrases elle nous oblige. Ce qui fera certainement du tort aux progrès de la question. L'Académie française ne peut manquer de combler cette lacune, mais à la condition qu'elle aborde la lettre C dans la confection du dictionnaire; et les mauvais plaisants prétendent qu'elle est toujours à la lettre A. Lubanski.

Direction de la santé publique. — En rendant compte au ministre de l'intérieur de leur mandat comme délégués de son ministère au Congrès d'hygiène de Genève, MM. Henry Liouville et Vidal lui ont remis un dossier renfermant différents documents relatifs à la création d'une direction de la santé publique. Le ministre s'est déclaré disposé, en ce qui concerne son ministère, à entrer dans la voie indiquée par les projets en question. D'autre part, à l'occasion de la discussion générale sur le budget du ministère du commerce à la Chambre des députés, M. Liouville a vivement insisté pour que M. le ministre du commerce étudie, d'accord avec son collègue de l'intérieur, la solution de cette réforme. Le compte rendu officiel nous montre qu'un très grand nombre de députés ont approuvé la manière de voir de M. Liouville. Nous aimons à penser que la commission mixte, réclamée à cet effet par le comité consultatif d'hygiène depuis un an déjà, sera prochainement nommée.

HYGIÈNE PUBLIQUE

RAPPORT SUR LES SANATORIA MARITIMES POUR LES ENFANTS SCROFULEUX ET RACHITIQUES,

Présenté au Congrès international d'hygiène de Genève,

Par le Dr ARMAINGAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Suite. — (Voir le numéro du 14 décembre.)

Dans certains pays, tels que la France, où le traitement marin est appliqué suivant la seule méthode qui puisse fournir des résultats complets pour chaque cas, grâce à la continuité du séjour et à un fonctionnement permanent, le nombre des établissements maritimes est si restreint que les enfants qui en bénéficient peuvent être considérés comme de véritables privilégiés; qu'une faible partie des enfants pauvres de Paris est à peu près seule à en profiter, et que des départements qui fournissent jusqu'à trois et quatre fois plus de scrofuleux que le département de la Seine, tels que ceux de la Nièvre, du Nord, de l'Oise, etc., ne possèdent aucun établissement maritime.

D'un autre côté, nous voyons qu'en Italie, où un grand nombre d'hospices et de maisons maritimes ont été créés, dans un admirable élan de la bienfaisance publique, et grâce à l'initiative généreuse de médecins éminents, la courte durée du séjour (de quatre à six semaines) ne peut fournir que des succès incomplets, même comme traitement prophylactique; d'ailleurs la fermeture de la plupart des établisssements pendant la plus grande partie de l'année, restreint encore ici le nombre des malades appelés à en bénéficier.

Aussi, en présence d'une telle disproportion entre les moyens à employer et la grandeur de l'œuvre à réaliser, rien ne doit être négligé pour faire ressortir, non-seulement auprès des pouvoirs publics et des adminstrations locales, mais encore auprès des classes éclairées de la population, l'importance capitale de cette question, pour la vulgariser et proclamer très haut les résultats obtenus dans les établissements qui fonctionnent déjà, la sûreté et la simplicité des moyens employés, pour soulever enfin un mouvement d'opinion qui aboutisse à une rapide multiplication des *Sanotoria maritimes.*

Ce qui s'est passé en France, en particulier pour la question si importante de la dégénérescence goitro-crétineuse dont l'étiologie et la prophylaxie présentent d'ailleurs plusieurs points communs avec la maladie qui nous occupe, ne permet guère d'espérer que l'intervention de l'Etat soit plus prompte et plus décisive, en ce qui concerne la prophylaxie de la sctofule. Dans un savant rapport résumant dix années de patientes recherches, le docteur Baillarger, membre de l'Académie de médecine, démontrait en 1871 que le nombre des goitreux s'élevait, en France, à plus de 500,000, que dans les localités atteintes la fréquence également croissante d'autres infirmités présentant avec le goître et le crétinisme plusieurs éléments communs, indiquait l'existence de causes puissamment détériorantes, et que loin de diminuer de fréquence le nombre des goitreux allait en s'augmentant progressivement depuis cinquante ans dans le plus grand nombre des départements atteints par l'endémie; l'auteur du rapport, et avec lui le Comité central d'hygiène de France proposaient au gouvernement un ensemble de mesures propres à arrêter le développement de cette dégénérescence de la race, et le professeur Ambroise Tardieu, président du Comité, n'hésitait pas, en présentant ce projet au gouvernement, à déclarer que « de tels travaux sont de ceux qui engagent un gouvernement, car ils lui fournissent les moyens de réaliser une grande réforme humanitaire et sociale, et de faire disparaître une des plus grandes infirmités qui affligent les populations. »

Or, qu'a-t-on fait, en France, pour atteindre ce but, si digne pourtant de la sollicitude d'un gouvernement démocratique? On a comblé d'éloges M. Baillarger, mais les propositions du Comité d'hygiène publique, n'ont eu aucune suite, et n'ont pas même reçu un commencement d'exécution. Aussi n'est-ce pas sur l'intervention directe de l'État qu'il faudrait compter pour la multiplication des hospices maritimes, mais plutôt sur les encouragements et subventions pécuniaires qu'il pourrait accorder à toute œuvre de ce genre, qu'elle émane de l'initiative des particuliers ou de celle des départements les plus chargés de scrofule, et, par ce seul fait, les plus intéressés à la création de maisons maritimes.

La générosité dont l'Etat vient de faire preuve en faveur du département des Landes, à l'occasion d'une succession récente, semble indiquer, en effet, que l'administration centrale, en France, se montrerait disposée à entrer dans cette voie. Une généreuse donatrice, dont le nom mérite d'être retenu, Mme veuve Desjobert vient de léguer par testament une somme de 1,200,000 francs, destinée à la fondation d'un hospice situé au bord de la mer, dans le département des Landes, et où seront soignés les enfants pauvres atteints de scrofule. Mais cette

disposition de legs universel au profit d'une fondation non-encore existante, étant nulle d'après le droit français, les biens de la donatrice tombaient en déshérence, et la fortune de Mme Desjobert revenait à l'Etat qui, en considération du but humanitaire de l'œuvre, a renoncé volontairement à ses droits en faveur du département des Landes.

Cette donation charitable n'est d'ailleurs pas la seule qui ait été faite en France en faveur de l'œuvre des hospices maritimes. Dans le département de la Gironde, M. Engrémy a laissé récemment à la ville d'Arcachon une somme importante destinée à favoriser la création d'un établissement du même genre, et la ville de Nice a inauguré au mois de février 1880, un Institut maritime dû à la munificence d'un riche donateur, M. Frœdland; enfin, je viens d'apprendre aujourd'hui même que M. Jean Dollfus, de Mulhouse, a fondé à Cannes et entretient à ses frais un sanatorium qui fonctionne depuis 1880.

Par contre, le Conseil général du département du Nord, une des régions de la France où la scrofule et le rachitisme font le plus de victimes, a refusé récemment les fonds nécessaires à la création d'un hospice maritime, dont le projet lui avait été présenté par le préfet, M. Paul Cambon, et cela malgré le rapport si pressant, si concluant et si nourri de faits de l'éminent professeur d'hygiène de la Faculté de Lille, M. le docteur Arnould (1).

Ces exemples paraissent démontrer que même en France, où l'initiative privée et l'esprit d'association dans un but humanitaire sont relativement peu développés, il y a peut-être plus à attendre, pour le moment, de la générosité privée que de l'intervention directe des pouvoirs publics et des administrations locales, et ils autorisent à penser que si la fréquence extrême de la scrofule, sa grande influence sur le dépérissement de la race, et la merveilleuse puissance prophylactique et curative du traitement marin étaient suffisamment connues du public, on verrait bientôt se multiplier les donations et peut-être aussi les souscriptions en faveur de cette œuvre.

J'appelle donc l'attention du Congrès sur les moyens qu'il conviendrait d'employer pour intéresser à cette œuvre nouvelle de régénération de la race, non-seulement les gouvernements, les provinces, les départements et les autorités administratives des circonscriptions territoriales de tout genre, mais encore les classes éclairées de tous les pays. Je proposerai, pour ma part, les mesures suivantes :

1° Le Congrès international d'hygiène émettra un vœu invitant les divers Etats et les administrations publiques à favoriser par tous les moyens dont ils disposent la création des *Sanatoria maritimes* pour les enfants scrofuleux, rachitiques ou simplement atteints de débilité organique.

2° Afin d'associer le Congrès au progrès de ces institutions, de centraliser d'une manière permanente, et suivant un plan et une méthode uniformes, tous les documents et tous les renseignements susceptibles d'activer la solution des questions qui s'y rattachent, un rapporteur désigné à l'avance par le Congrès à chacune de ses sessions, serait chargé d'entrer en relations avec les médecins et les directeurs des hospices et maisons maritimes, en Europe et en Amérique. Il recueillerait ainsi non-seulement les données statistiques exprimant les résultats obtenus dans chacun de ces établissements, pendant chaque période de deux années, mais encore tous les renseignements utiles sur leur fonctionnement et leur régime intérieur, sur les avantages et les inconvénients des divers emplacements, sur les différents modes de construction des locaux, d'aménagement, etc.; il pourrait dès lors soumettre à chacune des réunions nouvelles du Congrès un travail d'ensemble, résumant et coordonnant toutes ces données, lequel serait adressé par le Congrès, après chaque session, aux divers gouvernements, aux autorités administratives ayant des attributions hospitalières, aux Conseils départementaux et provinciaux, et enfin aux Conseils et aux Comités d'hygiène.

Indépendamment des résultats scientifiques qu'on serait en droit d'en attendre, et de l'utile comparaison qu'elle permettrait d'établir, à divers points de vue, entre les différents modes d'organisation des Sanatoria maritimes, l'adoption de cette mesure aurait entre autres avantages, celui de fournir à chaque Congrès une occasion naturelle de renouveler le vœu formulé dans la première conclusion, et d'en hâter la réalisation, en l'appuyant sur une base de plus en plus large de documents nouveaux, et enfin de stimuler le zèle des philanthropes en proclamant les noms des bienfaiteurs de l'œuvre.

3° Des conférences spéciales sur le même sujet, suivies de distributions de notices populaires sur la scrofule, ses causes, sa répartition géographique, la mortalité quelle occasionne et les infirmités qu'elle amène, seraient instituées principalement dans les grandes villes et dans les départements français et les circonscriptions administratives des autres pays où la scrofule présente son maximum de fréquence ; ces conférences auraient pour but de susciter

(1) Rapport sur un projet d'Hôpital maritime pour les maladies chroniques de l'enfance, dans le département du Nord, par le docteur Arnould.

un mouvement d'opinion favorable à ces créations et d'organiser, s'il y a lieu, des souscriptions publiques, et comme une sorte de croisade. C'est ce mode de propagande qui a si bien réussi en Italie, et qui a abouti à la création des vingt hospices marins qui font tant d'honneur à la philanthropie de nos voisins; et à défaut de cette langue italienne si tendre et si jolie dans la douleur même, et qui, au dire de Michelet, par le charme qui lui est propre, a grandement facilité le succès de la propagande, nous aurions du moins dans les autres pays, comme compensation, la ressource de montrer en exemple aux classes riches de nos grandes villes, les merveilleux effets de leur admirable générosité.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 décembre 1882. — Présidence de M. JAMIN.

Lecture est donnée par MM. les secrétaires perpétuels d'un grand nombre de lettres et de télégrammes relatifs à l'observation du passage de Vénus sur le soleil. La station de Bordeaux a été la plus malheureuse de toutes; aucune observation n'a pu y être faite par suite du mauvais état du ciel.

De tous les observateurs, M. le commandant Perier paraît avoir été le plus favorisé par le beau temps; six cents épreuves photographiques du phénomène ont pu être prises pendant les 54 secondes qui se sont écoulées entre le premier et le dernier contact des deux astres.

Un correspondant attribue la perturbation des saisons dont on se plaint depuis ces années dernières, à la multiplication des appareils et des lumières électriques. Il est singulier qu'une raison aussi hasardée ait tant tardé à se produire.

M. Pasteur lit une note sur la rage en son nom et au nom de MM. Chamberland, Roux et Bourelle. En voici les principales conclusions; nous donnerons les autres dans notre prochain bulletin. Toutes les rages, la rage mue aussi bien que la rage furieuse, proviennent du même virus; — à l'autopsie des sujets qui ont succombé à la rage, le bulbe a toujours été trouvé virulent; — La virulence persiste tant que la putréfaction n'est pas en pleine activité; on a pu inoculer la rage avec des liquides recueillis sur des animaux enragés trois semaines après la mort; ces liquides provenaient de la moelle et du cerveau; — la plus rapide de toutes les inoculations est celle qui est pratiquée sur le cerveau au moyen de la trépanation; — Une première atteinte de la rage ne préserve pas d'une seconde. Toutefois, trois chiens ayant été inoculés, et l'un deux ayant survécu, ce dernier, inoculé de nouveau, n'est pas devenu malade.

Jamais l'homme ne devient enragé spontanément. Il semble donc que si l'on pouvait préserver les chiens de la rage, on affranchirait, du même coup, l'humanité de ce terrible fléau. C'est un résultat auquel M. Pasteur ne désespère pas d'atteindre.

M. Chevreul fait une longue communication sur le contraste simultané des couleurs.

—

M. A. Lailler adresse une note sur une poudre de lin inaltérable, préparée pour la confection des cataplasmes.

« ..... En résumé, les expériences que j'ai faites, à diverses reprises, me conduisent aux conclusions suivantes :

1° La poudre de lin dont l'huile est éliminée, dans des conditions telles que cette élimination ne porte pas atteinte aux autres principes constituant de la poudre, conserve toutes les propriétés thérapeutiques de la farine de lin non *déshuilée*.

2° A poids égal, la première contient plus de mucilage, d'amidon, de substances albuminoïdes, etc., que la seconde.

3° Pour préparer un cataplasme d'une onctuosité et d'une consistance convenables, il faut 25 pour 100 de moins de poudre de lin privée d'huile que de poudre de lin ordinaire.

4° Les cataplasmes faits avec la première de ces poudres sont moins lourds et se conservent plus longtemps chauds que ceux qui sont faits avec la seconde.

5° Dans la confection des bouillies, l'odeur désagréable de gras qui se développe, lorsqu'on emploie la poudre de lin ordinaire, ne se produit pas lorsqu'on emploie la poudre de lin déshuilée.

6° Enfin, et c'est là le point important, la poudre de lin sur laquelle j'appelle l'attention du corps médical et pharmaceutique ne rancit pas.

Après bien des essais, dont les premiers remontent à l'époque de la guerre franco-allemande, j'ai choisi, comme agent d'élimination de l'huile de la farine de lin, le sulfure de carbone. »

M. Duchartre présente une note de M. Ed. Heckel intitulée : *Réponse à une note de M. Ch. Musset concernant l'existence simultanée des fleurs et des insectes sur les montagnes du Dauphiné.*

« ..... Je persiste à admettre que les insectes fécondateurs ne sont, en aucune façon, la cause de la luxuriance du système floral chez quelques espèces alpines. En effet, les insectes y fussent-ils en aussi grand nombre que dans la plaine (ce que n'a pas prouvé M. Musset), il n'y aurait pas de raison pour que les fleurs prissent à ces grandes hauteurs des proportions doubles de celles qu'elles ont partout ailleurs, si une autre cause n'intervenait plus activement. Cette cause, je la trouve dans la radiation solaire, plus intense sur les hauteurs que dans la plaine.

La note de M. Musset, malgré ses conclusions, n'infirme en aucune façon les données de ma note, en ce qui concerne son but. Cette note n'établit, en effet, qu'un point : c'est qu'il il y a des insectes à cette altitude de 2,000^{m} et 3,000^{m}; mais, comme il y en a davantage dans la plaine, les fleurs devraient y être plus belles et plus voyantes, ce qui n'est pas. M. Musset, ne pouvant étayer par ses observations la théorie de Ch. Darwin, m'a prêté des opinions qui n'ont jamais passé dans mes écrits. C'est ce que cette note a pour but d'établir. »

CORRESPONDANCE

En dépit de quelques dénégations, qui se font de jour en jour moins nombreuses, nous n'en sommes plus à compter les guérisons *rapides* obtenues par la méthode antiseptique, après les amputations. En voici un nouvel exemple que nous envoie un de nos amis.

Valenciennes, 15 novembre 1882.

Mon cher confrère,

Dans votre numéro du 14 novembre, je lis, au sujet d'un malade présenté par M. Després à la Société de chirurgie, et qui aurait guéri en 21 jours d'une amputation de cuisse, la phrase suivante :

« M. Després défie les partisans de la méthode antiseptique de venir montrer des cas semblables de guérison. »

Or, n'en déplaise à M. Després, j'ai pratiqué le mois dernier, sur un adulte, une amputation de cuisse par la méthode à lambeaux, pour une tumeur blanche suppurée du genou; j'ai employé la méthode antiseptique de Lister, et la réunion a été immédiate dans la presque totalité de la plaie; mon opéré marchait le quatorzième jour, et il aurait pu, lui aussi, être présenté à la Société de chirurgie, si elle eût siégé... à Valenciennes.

J'ai peine à croire qu'avec les vieux pansements que préconise si ardemment M. Després, j'eusse pu arriver aussi rapidement à la cicatrisation.

Agréez, etc. Dr Lecerf.

En effet, la Société de chirurgie a pu s'étonner que notre savant collègue M. Després vînt lui montrer un cas de guérison tout à fait banal. Obtenir la réunion complète en 21 jours, à la suite d'une amputation de cuisse, quand l'état général du malade ne s'y oppose pas absolument, c'est un succès qui se voit tous les jours dans la chirurgie actuelle; on voit même beaucoup mieux, quand on suit rigoureusement la méthode antiseptique. Ce qui a paru extraordinaire à M. Després, et ce qui est à la vérité fort insolite, c'est d'obtenir ce résultat par les pansements qu'on faisait autrefois, et dont l'habile chirurgien de la Charité a précieusement conservé la tradition. C'est, nous l'avouons, un très beau succès... pour M. Després.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 1er au 7 décembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,135. — Fièvre typhoïde, 62. — Variole, 9. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 3. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchites aiguës, 48. — Pneumonie, 85. Athrepsie des enfants élevés: au biberon, 39; au sein et mixte, 26; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 118; circulatoire, 86; respiratoire, 79; digestif, 48; génito-urinaire,

30; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 11.

CONCLUSIONS DE LA 49e SEMAINE. — Il a été enregistré cette semaine 1,201 naissances et 1,135 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,119, 1,002, 1,071, 1,064. Le chiffre de 1,135 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (62 décès au lieu de 73) pendant la 48e semaine.

Une aggravation pour la Rougeole (14 décès au lieu de 8), la Coqueluche (6 au lieu de 2).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 9 décès par Variole (au lieu de 11), 4 par Scarlatine (au lieu de 2), 34 par Diphthérie (au lieu de 32), 3 par Érysipèle (au lieu de 4), 5 par Infection puerpérale (au lieu de 3).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (14 malades reçus du 27 novembre au 3 décembre, au lieu de 29 entrés pendant les 7 jours précédents), et pour la Diphthérie (17 au lieu de 32), et supérieur pour la Fièvre typhoïde (185 au lieu de 171).

Le chiffre des Typhiques encore en traitement dans les hôpitaux est descendu à 1,103 : le dernier bulletin en accusait 1,279. Cette diminution et celle que nous avons constatée plus haut sur le nombre des décès par Fièvre typhoïde empêchent qu'il soit attaché une signification inquiétante à la légère aggravation qui s'est produite sur la morbidité pendant cette semaine.

Comme répartition locale, on remarquera que les quartiers de la *Madeleine* et de *Grenelle* sont ceux où les décès par Fièvre typhoïde ont été les plus nombreux. Cela tient à ce que chacun de ces quartiers renferme une caserne dont la population a fourni pendant ces derniers jours, plusieurs victimes à l'épidémie régnante. Ainsi, dans le quartier de la *Madeleine*, les 4 décès typhoïdiques concernent 3 soldats de la caserne de Penthièvre et 1 habitant civil, et dans celui de *Grenelle* le même chiffre se subdivise en 2 soldats de la caserne Dupleix et 2 individus appartenant à la population civile de ce quartier.

Au point de vue de la mortalité générale, ce sont les maladies aiguës des organes respiratoires et celles du système nerveux qui ont surtout contribué à élever le chiffre des décès ; au contraire, les affections chroniques du poumon ont fait moins de victimes. L'examen du tableau qui figure à la deuxième page de ce bulletin montre, en outre, que l'excédent de 71 décès présenté par cette semaine a été fourni par les âges extrêmes, tandis que le groupe des individus âgés de 15 à 35 ans a eu une mortalité inférieure à celle des semaines précédentes.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

L'ÉCOLE DE MÉDECINE. — Les travaux de maçonnerie entrepris à l'École de médecine touchent à leur terme.

Déjà la taille des pierres, l'ornementation de la frise de la bibliothèque, les ravalements des petites cours intérieures et les travaux accessoires de canalisation pour l'écoulement des eaux sont achevés. La menuiserie des croisées de rez-de-chaussée et du premier étage, ainsi que des étages intermédiaires du côté des caves, est terminée.

Les modèles des cariatides de la porte principale et des chapiteaux des petites colonnes dans les baies du premier étage vont être prêts, ainsi que les plafonds et les enduits en plâtre dans l'étage des combles.

D'après l'avis de M. Ginain, architecte de la ville, les travaux seront terminés au mois de mai prochain, et à la même époque la bibliothèque pourra être ouverte.

Le Gérant, RICHELOT.

PARIS. — Typographie Félix MALTESTE et Cie, 22, rue Dussoubs.

PATHOLOGIE INTERNE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA VARIOLE HÉMORRHAGIQUE (1),

Par le docteur L.-H. PETIT,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

Affections rénales. — Depuis les thèses de Lévi (1864), de Zantiotis (1868), de Leneveu (1878), et celle plus récente de Bruchet (1881), on sait combien les affections chroniques du rein prédisposent aux hémorrhagies. On retrouve ces affections dans plusieurs de nos observations. Bien que les pathologistes ne soient pas encore d'accord sur la signification de l'albuminurie qui se manifeste dans l'angine couenneuse, il est probable toutefois que ce symptôme dénote un état morbide du rein, et que l'organisme se trouve comme dans le cas précédent, dans des conditions favorables à la genèse d'hémorrhagies capillaires. Ceci nous expliquerait pourquoi une variole survenue pendant la convalescence d'une angine couenneuse accompagnée d'albuminurie, a pris rapidement la forme hémorrhagique dans l'obs. XIV de M. Cot.

Obs. V. — Homme de 22 ans; constitution très forte. Sorti de l'hôpital le 20 juin pour une angine couenneuse compliquée d'albuminurie.

23 juin. Invasion de la variole. 25, éruption de papules; éruption de vésicules dans la nuit du 25 au 26, pointillé purpuréique. Albumine dans les urines. Le purpura se généralise, diarrhée très intense. Mort en délire dans la nuit du 26 au 27. (Cot, obs. XIV, p. 34.)

D'ailleurs l'albuminurie, dit Barthélemy, p. 31, est très rare dans la variole, en dehors des cas dans lesquels il y a hématurie. On est donc autorisé à croire que

(1) Suite. — Voir l'Union Médicale des 30 novembre, 5 et 7 décembre.

FEUILLETON

Nouvelle géographie universelle — *La Terre et les Hommes*, par Élisée Reclus. — VIII. — L'Inde et l'Indo-Chine. Contenant 7 cartes en couleur tirées à part, 203 cartes dans le texte, et 90 vues et types gravés sur bois. — Paris. Librairie Hachette.

C'est toujours une bonne fortune pour moi d'avoir à parler de cette œuvre admirable de style et de pensée, non moins admirable d'exécution typographique et artistique. Le huitième volume nous donne la description de deux parties importantes de l'Asie, l'une qui fait la richesse et par conséquent la force de l'Angleterre, l'Inde, et l'autre qui nous intéresse en ce sens que, dans un petit coin, la France y pousse quelques racines, l'Indo-Chine.

Avant d'entrer dans les descriptions particulières, l'auteur, par une vue d'ensemble, éclaire les détails qui vont faire le fond du volume; c'est la matière du premier chapitre. « A bien des égards, les Indes Orientales sont les contrées où les spectacles de la nature ont le plus de grandeur. » Les inégalités du sol sont immenses; les phénomènes atmosphériques ont une violence inconnue ailleurs; les rivières, par l'énorme quantité de leurs alluvions, contribuent à changer rapidement le tracé des rivages.

Les populations de ces vastes contrées s'imposent à notre attention par l'importance de leur rôle historique et par leur nombre, 300 millions d'hommes, plus d'un cinquième de la race humaine. « Il est vrai que l'œuvre des nations ne se mesure pas à l'épaisseur de ses foules; mais c'est précisément parmi les ancêtres communs des Hindous actuels et de leurs

l'albuminurie était antérieure à la variole dans les cas où les antécédents révélaient une affection grave susceptible de retentir sur les reins.

Nous avons du reste d'autres cas dans lesquels les signes de la néphrite parenchymateuse existaient depuis plus ou moins lengtemps avant l'invasion de la variole ; on ne peut alors conserver de doute sur l'existence antérieure de la lésion rénale.

Obs. VI. — A la page 26 de sa thèse sur les causes de la mort dans la variole, M. Huchard cite un cas dans lequel une femme, arrivée à la dernière période du mal de Bright, fut atteinte et mourut en trois jours d'une variole hémorrhagique d'emblée, et il ajoute : « Nous sommes autorisé à penser que la néphrite albumineuse, dont l'influence sur la production des hémorrhagies est bien connue, n'a pas été une cause sans importance pour donner lieu à ces accidents hémorrhagiques. »

M. Leudet (de Rouen), nous fournit un appoint sérieux dans les lignes suivantes :

Obs. VII. — « On peut rencontrer chez les varioleux des albuminuries ne dépendant pas de la variole, mais ayant préexisté. Au mois de juillet 1880, je recueillis un cas de ce genre chez une fille de 9 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour une néphrite parenchymateuse avec œdème pulmonaire et toux spasmodique. Le médecin qui la soignait en ville avait déjà constaté l'albuminurie. Cette enfant fut atteinte de variole vingt jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu. L'éruption devint hémorrhagique, des ecchymoses se manifestèrent sous la peau, et une hémorrhagie intestinale fut suivie de mort. » (Leudet, *Arch. gén. de méd.*, juin 1881; t. 147, VII[e] série, t. 1[er], p. 655.

M. Sweeling a publié un autre cas dans lequel rien ne faisait prévoir une affection rénale avant l'invasion de la variole.

Obs. VIII. — Une petite fille de 10 ans fût atteinte d'une variole hémorrhagique qui se termina par la mort au troisième jour. A l'autopsie, on trouva 22 calculs d'urate de différents volumes dans le rein gauche. (*The Lancet*, 26 février 1881, p. 229.)

Ce cas et celui de M. Leudet me permettent de répondre à une objection qui m'a déjà été faite au sujet de la variole hémorrhagique chez les enfants. Ceux-là au moins, me dit-on, ont les organes sains. C'est peut-être la règle, mais à coup sûr il y a des exceptions. Les deux cas précédents en sont des exemples, et, d'autre part, que sait-on en général de l'état des organes chez les enfants?

Je ne parle pas ici des convalescents de diverses maladies, et à l'égard desquels

---

voisins, sur le versant septentrional de l'Hindou-kouch, que les historiens ont retrouvé, parmi les premiers éducateurs de l'humanité civilisée, ceux qui se rapprochent le plus des Occidentaux par la langue et le génie, et qui nous ont laissé, à l'état le plus pur, les rudiments de notre civilisation primitive.

« Encore au dernier siècle, les savants qui recherchaient les origines de la culture européenne regardaient surtout vers la Grèce et l'Asie-Mineure; ils demandaient aussi leurs secrets à l'antique Egypte et à la Chaldée; mais la découverte des trésors que le monde actuel doit, par delà les âges, aux Sociétés primitives du haut Pandjab appartient aux chercheurs des générations récentes et contemporaines. A plus de trois mille années de distance, les paroles vénérables des Védas, que prononcèrent les Richis ou les « Sages », apparaissent aux hommes de nos jours comme des chants de leur enfance : il leur semble les avoir entendues à leur berceau, les avoir répétées dans un rêve, tant elles éveillent dans leur esprit d'impressions connues: c'est la mémoire intime de leur propre passé qu'ils reconnaissent dans l'histoire de cette société d'autrefois. Le culte des tribus védiques établies sur le bord des « Sept Fleuves » est celui que l'enfant reproduit d'instinct en tremblant devant l'orage, en invoquant le soleil et la pluie, en personnifiant tous les objets de la nature, les arbres, les sources et les nuages. Les simples mythes de cette religion des laboureurs aryens sont passés de génération en génération, de culte en culte, et sous les mille changements que leur a fait subir le mélange d'éléments divers, on peut les distinguer encore; même les noms des dieux anciens ne sont pas oubliés. Telle fable que la vieille paysanne de la Thuringe, des Abruzzes ou du Limousin raconte dans les longues veillées d'hiver, ressemble trait pour trait aux récits qui se font le soir dans les cabanes du Dekkan ou du Radjpoutana; de l'estuaire du Mekong aux caps Finisterre de l'Europe, telle pratique superstitieuse est toujours observée par le

on peut avoir quelques présomptions en faveur de l'existence d'altérations du sang et des viscères, comme les faits cités par M. Bez nous l'ont démontré, mais de ceux qui sont pris de variole au milieu des apparences de la meilleure santé.

En effet, la plupart de ces enfants ont déjà eu, plusieurs années auparavant, des maladies dont ils ont guéri, angine, rougeole, scarlatine, bronchite, etc. Qui sait dans quel état sont les viscères de ces enfants au bout de quelques années. Quand on a dit que le rhumatisme et la scarlatine laissaient après eux des lésions cardiaques et rénales, on croit avoir tout dit, et on se préoccupe si peu de la durée de ces lésions et de celles des autres organes, qu'on ne trouve dans les auteurs aucune allusion à leur état éloigné. On dit bien encore qu'à l'autopsie de sujets morts de telle ou telle maladie aiguë, grave, de durée plus ou moins longue, on trouve les organes internes hypertrophiés, congestionnés, graisseux, scléreux, etc. Mais on garde un silence à peu près absolu sur l'état de ces organes chez les sujets qui ne meurent pas. Et cependant il est bien probable que les organes reconnus essentiels, le poumon, le cœur, le foie, le rein, etc., présentaient des altérations à des degrés divers, que ces altérations ont persisté plus ou moins longtemps chez les sujets, et que même chez certains d'entre eux elles sont restées permanentes.

Le fait de M. Sweeling et celui de M. Leudet ne donnent prise à aucune objection; la lithiase rénale, chez l'un, l'albuminurie, chez l'autre, existaient évidemment avant l'apparition de la variole, et il y a tout lieu de croire que ce sont les affections premières qui ont déterminé la forme hémorrhagique de la seconde.

Voici encore un bel exemple de l'indépendance de la lésion rénale vis-à-vis de la variole, car elle existait assurément avant celle-ci; il est donc permis de croire que, comme dans le cas de M. Sweeling, c'est la lésion rénale qui a déterminé les diverses hémorrhagies constatées chez le malade.

Obs. IX. — *Variole hémorrhagique. Dégénérescence kystique du rein droit. Hypertrophie du rein gauche et hémorrhagie péri-rénale* (1).

H..., 32 ans, menuisier, vacciné dans son enfance, entre à l'Hôtel-Dieu au sixième jour d'une variole avec fièvre intense, délire et mictions fréquentes. L'éruption a débuté le 7 février 1880.

Le 8, éruption plus abondante, face marbrée de taches livides, corps couvert de macules ecchymotiques. Dans la nuit, hémoptysies, hématuries, épistaxis abondantes.

(1) Durand-Fardel. *Bull. de la Soc. anat.*, 1880, p. 109.

---

paysan dans les actes importants de son existence, bien que le sens primitif de la cérémonie lui soit complètement inconnu. »

Après cette page si pleine d'intérêt et si émouvante, l'auteur nous montre les philosophes hindous abordant les grands problêmes de la vie ; les rapsodes racontant les actions des héros; le drame, mêlé d'abord aux hymnes des temples, atteignant à une puissance de sentiment et d'expression qui n'a jamais été dépassée; le sanscrit, révélant aux philologues, qui l'étudient passionnément, les radicaux et les formes primitives de leur propres langages européens; les Hindous nous transmettant le système décimal et l'emploi du zéro, etc., etc.

Les Indes Orientales n'offrent pas un tout géographique aussi bien limité que le continent d'Europe, auquel on ne saurait les comparer pour l'ampleur du mouvement historique. L'Inde ne vit se former aucun empire comparable à ce monde romain qui comprenait presque tout le bassin de la Méditerranée. Du reste les castes y sont nettement tranchées, et on y compte jusqu'à 243 langues distinctes. Puis, l'auteur nous fait assister à l'évolution du brahmanisme, du bouddhisme, de l'Islamisme : « Ainsi, les religions succèdent aux religions sur le même sol, de même que dans une forêt les espèces d'arbres changent de siècle en siècle par un phénomène de rotation naturelle. » Le christianisme ne devint religion dominante que dans les pays où il fut imposé par la force; mais il perdit bientôt sa prééminence apparente en cessant d'être religion d'Etat.

Puis viennent les tentatives de conquête de ces Indes, dont le nom était devenu le synonyme de richesses infinies : Sémiramis, Cyrus, Darius, fils d'Hystaspes, Alexandre le Macédonien ; après Alexandre, la grande invasion des Musulmans. Plus tard, les navigateurs européens, doublant le cap de Bonne-Espérance, d'abord les Portugais, ensuite les Hollandais, les Anglais, les Danois, les Français, vinrent se disputer la possession de ces pays. Pendant

9. Dyspnée extrême; les conjonctives palpébrales, soulevées par un dépôt sanguin, forment un bourrelet saillant, rouge, volumineux et laissant suinter du sang. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Poumons congestionnés; bronches remplies de sang. Cœur normal. Encéphale et méninges sans lésions. Foie volumineux et graisseux.

Rein droit volumineux et déformé; il est kystique, et sa substance est réduite à une poche d'un demi-centimètre d'épaisseur et cloisonnée par des tractus nombreux.

Le rein gauche mesure 17 centimètres de long; forme régulière; bassinet distendu par un énorme caillot sanguin; tissu cellulaire périnéphrique infiltré de sang; l'infiltration se prolonge le long de l'uretère jusqu'au détroit supérieur du bassin et dans l'enveloppe celluleuse du psoas.

Foie. — Les altérations du foie jouissent de la même influence que celles du rein sur la production des hémorrhagies; cette influence a été bien démontrée, pour les hémorrhagies traumatiques secondaires, par M. Verneuil, et par ses élèves Cauchois et Longuet (1).

Il doit en être de même pour les hémorrhagies varioliques, ainsi que le démontre le cas suivant :

Obs. X. — Entrée à l'hôpital, le 2 décembre 1866, pour une variole hémorrhagique. Mort le 5. Le sujet était trop malade pour qu'on pût l'interroger sur ses antécédents pathologiques. A l'autopsie, on trouve une tumeur hydatique du volume d'une tête d'enfant, dans la partie postérieure du lobe droit du foie. (Murchison, *Diseases of the liver*, London, 1868, p. 112.)

Voici un autre cas, dans lequel l'altération du foie peut être rapportée à une grossesse antérieure.

Obs. XI. — Femme de 34 ans, vaccinée, accouchée depuis quatre jours d'un enfant vivant; le travail ne présente rien de particulier.

Deux jours après l'accouchement, boutons sur le corps et gonflement de la face. Deux jours après, éruption de pustules, de papules, de vésico-pustules hémorrhagiques, avec pétéchies. Depuis l'accouchement, pertes continuelles, quoique peu abondantes. Mort dans la journée.

Autopsie. — Outre les lésions du sang, bien constatées par M. Proust, on trouve la base du poumon droit congestionnée, et au sommet deux tubercules crétacés.

Une altération qui parut plus importante fut celle du foie. Cet organe était augmenté de

(1) Cauchois, thèse de doct., Paris, 1872. — *De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes*, par Verneuil, Congrès de Bruxelles, 1875, et par Longuet, thèse de doct., Paris, 1877.

---

un temps on put se demander si Dupleix ne donnerait pas à la France l'empire du Dekkan. Mais « abandonnées par la mère patrie, les petites bandes françaises furent anéanties par les troupes de la Compagnie anglaise des Indes, et celle-ci possédant toutes les grandes places de commerce et les points stratégiques, devint la puissance souveraine. »

Le chapitre II du livre qui nous occupe est consacré à l'Hindoustan et le chapitre III à l'Indo-Chine. On sait avec quel soin, quelle exactitude, quel richesse d'enseignements et quel coloris, l'auteur décrit les climats, les contours et les reliefs des pays, les forêts, les cours d'eau, les plaines, les villes, les monuments, les populations. On le retrouve dans ce nouveau volume tel que nous l'avons apprécié dans les précédents. Il faut surtout lire les descriptions des monts Himalaya, la mousson, les cyclones, la faune de l'Inde, Calcutta, etc; et dans l'Indo-Chine, les possessions Françaises, Saïgon.

Ainsi que j'ai eu plus d'une fois occasion de le dire, la lecture de l'œuvre de M. Reclus est pleine de charme : c'est de la géographie, de l'ethnologie, de l'histoire, tout cela rendu attrayant par des études d'administration générale, des considérations de philosophie sociale et des vues d'avenir appuyées sur de vastes connaissances. La domination anglaise dans l'Inde surtout est étudiée avec une ampleur remarquable et cette étude semble toute une prophétie; on ne saurait trop la faire connaître : « l'Angleterre s'est donnée pour mission, disent les hommes d'Etat, de civiliser les Hindous et de les élever graduellement à la dignité d'hommes libres ; mais, en attendant que cette œuvre s'accomplisse, la riche Grande-Bretagne vit aux dépens du pauvre Hindoustan ; les cadets de l'aristocratie anglaise sont les parasites de leurs sujets les malheureux rayot. Sans parler des millions qui sont employés chaque année à subvenir dans les Indes mêmes aux dépenses des gouvernants anglais, à l'entretien de l'armée et de quelques vaisseaux, une somme variant de 360 à 450 millions de francs est envoyée chaque

volume, sa surface était parsemée de taches plus jaunâtres qui semblaient graisseuses. Ces points examinés au microscope renfermaient des cellules hépatiques volumineuses parfaitement conservées, avec des contours bien accusés..... et remplies de granulations de volume variable et généralement jaunes. Quelques-unes étaient arrondies et réfringentes comme des corpuscules graisseux; d'autres étaient opaques et irrégulières comme des petits amas biliaires. Chaque préparation offrait une quantité considérable de sang mêlé aux cellules. (Mallebay d'Echérac, thèse de doct., Paris, 1865, p. 24.)

Cette autopsie nous montre encore l'association de l'altération ancienne des cellules hépatiques (dégénérescence granulo-graisseuse) et des lésions récentes (hémorrhagie cellulaire).

Rhumatisme. — La diathèse rhumatismale ayant une certaine prédilection pour le cœur, l'appareil circulatoire, le foie et les reins, on peut accepter sans trop de répugnance l'idée que les attaques de rhumatisme articulaire laissent après elles des altérations de ces organes; ces altérations à leur tour laissent l'organisme dans un état de faiblesse dont la variole profite pour amener les hémorrhagies signalées dans les pages précédentes. C'est à ce titre que nous signalons l'obs. I de la thèse de M. Gachon (p. 16).

Obs. XII. — Femme de 27 ans; plusieurs affections antérieures, probablement rhumatismales. Apparition de taches hémorrhagiques cutanées trois jours après l'invasion de la variole et suintement sanguin par les parties génitales; augmentation les jours suivants. Urines sanglantes. Un seul bouton de variole. Mort au sixième jour.

Autopsie. — Foie volumineux, graisseux; plaques hémorrhagiques à sa surface. — Reins gras; bassinets remplis de sang. — Rate complètement diffluente. — Sang en petite quantité dans l'intestin grêle. — Pas d'autres lésions viscérales.

Ici la combinaison des lésions anciennes et des lésions récentes, que nous avons déjà signalée, est des plus nettes; les premières sont représentées par l'état graisseux du foie et des reins, les secondes par les hémorrhagies de ces organes, de l'intestin, et la diffluence de la rate.

(La suite dans un prochain numéro.)

---

année en Angleterre comme part contributive aux charges du gouvernement britannique. De 1857 à 1882, neuf milliards de francs ont été ainsi prélevés sur la production des Indes au profit de ses conquérants.

« Mais cet immense domaine de l'Asie méridionale, bien autrement important pour les intérêts personnels des riches familles anglaises que pour la prospérité commerciale de la Grande-Bretagne, restera-t-il la dépendance politique de la nation, relativement petite par le nombre, qui vit dans cette île étroite, au nord-ouest de l'Europe? Nul problème historique n'est plus grave. La « question d'Orient », qui tant de fois a déjà ébranlé le monde et qui a coûté la vie à tant de millions d'hommes, n'est que le prélude de la question d'Asie; le partage de la Turquie est peu de chose en comparaison du partage de l'ancien Monde.

« En premier lieu, il est certain que les Anglais n'ont pas à compter, pour le maintien de leur pouvoir, sur la franche adhésion de leurs sujets au régime politique de l'empire. Maîtres de l'Inde depuis plus d'un siècle, ils sont restés des étrangers comme au premier jour..... Le bétail humain qui travaille dans les plantations n'aime point ses maîtres..... Dans laquelle de ses possessions immenses le conquérant a-t-il réussi à se concilier les habitants, à faire des Anglais de cœur, sinon de race? Or telle est la condition d'une véritable union politique. La domination britannique reste donc toujours instable dans les Indes..... Gens de toute caste, Hindous et Mahométans, ne pourraient-ils un jour se réconcilier contre l'étranger qui les domine?

« C'est donc par la force et par le prestige de leur nom que les Anglais ont à conserver la possession de l'Inde. Mais il ne s'agit pas seulement de se maintenir dans le pays, il faut aussi en garder la route contre toute attaque. Les seuls ennemis à redouter ne sont pas des insurgés futurs, Hindous ou Mahométans, ce sont les puissances dont les domaines bordent le chemin

MEMORANDUM OBSTÉTRICAL

DE LA GROSSESSE.

La fécondation faite, il y a conception. Dès lors, se produisent dans l'organisme des changements progressifs, considérables, qui sont non-seulement locaux, mais généraux. Il y a création d'une physiologie et d'une pathologie spéciales. Ces modifications de haute importance durent le temps de l'incubation, c'est-à-dire le temps que le germe met à se développer. Cela explique la définition que je choisis.

Définition. — La grossesse est l'état dans lequel se trouve la femme depuis le moment où elle est fécondée jusqu'à l'expulsion du produit de conception. (Auteurs.)

La grossesse est l'état fonctionnel de l'organisme maternel pendant le développement du fœtus. (Pinard.)

Je préfère cette seconde définition à celle des auteurs, parce qu'elle a l'avantage d'éveiller de suite l'attention sur le fait capital de la gestation. Celle-ci ne se borne pas à une modification locale de l'organisme ; elle cause une perturbation de l'être tout entier placée sous la dépendance de l'évolution du produit de conception. Toutes les fonctions sont modifiées et ces modifications cessent soit lorsque l'œuf est expulsé de la chambre d'incubation ou cavité utérine, soit lorsqu'il y meurt. Alors ce n'est plus qu'un corps étranger. Une seule modification persiste, l'augmentation de volume de la matrice, modification locale et qu'il convient d'appeler passive dans ce cas particulier, parce que ce volume se réduit promptement aux dimensions exigées par le corps étranger et parce que l'état du col, qui reprend sa consistance et sa forme habituelles, nous persuade qu'il y a régression des éléments histologiques de l'organe. Cette réduction de volume est un *bon élément de diagnostic de la mort du fœtus.*

Les phénomènes dits sympathiques de la grossesse, conséquence des modifications générales, disparaissent lorsque le développement de l'œuf cesse. Telle est la règle. Qu'il y ait des exceptions et qu'on en puisse tirer des objections à la définition du docteur Pinard, cela est possible ; mais nombreux sont les arguments qui viennent à l'appui. Nous en citerons deux, empruntés à la clinique. Une femme est atteinte de vomissements graves. Elle est menacée de mort. On discute l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Il faut interrompre cette grossesse : c'est la seule chance de salut. Brusquement les vomissements cessent. Le retour à la santé se fait. Quelques temps après, survient un de ces avortements peu ou point sanglants qui prouvent que l'œuf était mort avant l'apparition des contractions expulsives. Les vomissements avaient disparu au moment où le germe avait cessé de vivre. Autre exemple : une femme est atteinte d'albuminurie *gravidique*. Le fœtus succombe. En quelques heures, l'albumine disparaît des urines. Non-seulement les phénomènes sympathiques de la grossesse disparais-

---

des Indes..... Dès la fin du siècle dernier la lutte recommença entre la France et l'Angleterre pour la conquête de l'Egypte, étape intermédiaire entre l'Europe occidentale et la péninsule cisgangétique. Après quatre-vingts années de péripéties, la question s'est encore décidée au profit de l'Angleterre.....

« Mais ces conquêtes mêmes obligent la Grande-Bretagne à des conquêtes futures. Dans un avenir prochain, les routes de mer ne suffiront plus et perdront singulièrement de leur importance en comparaison des chemins de fer qui suivront la diagonale de l'ancien Monde par Constantinople, Hérat et Delhi..... Les diplomates anglais disputent la Perse à ceux de la Russie. Les évènements projettent leur ombre devant eux et déjà l'on peut voir l'Angleterre forcée de revendiquer ce protectorat de la Turquie d'Asie, qu'elle s'était fait accorder par le sultan, mais que la jalousie des Etats européens ne lui a pas permis d'exercer. Il ne lui suffira plus, postée à Chypre, de surveiller la côte voisine. Ne lui faudra-t-il pas aussi s'emparer des plateaux de l'Anatolie, devenir, dans la vallée de l'Euphrate, puissance limitrophe de l'empire russe, qui s'est annexé déjà les sources du grand fleuve ? Ne se trouve-t-elle pas obligée par conséquent d'exposer ses garnisons avancées aux attaques soudaines d'armées entières sorties des camps retranchés de la Transcaucasie? Mais quand même l'Angleterre réussirait à se donner une frontière inexpugnable de 3,000 kilomètres, le long des possessions russes, à qui appartient toute la partie européenne de la diagonale des communications futures entre la Grande-Bretagne, l'Inde et l'Australie, si ce n'est à l'Allemagne, à l'Autriche, aux héritiers danubiens de la Turquie? Pour conserver l'usage de la route maîtresse, la fière Albion ne sera-t-elle pas forcée de compter sur des alliances, et celles-ci peuvent-elles se faire sans de lourdes compensations qui diminueront d'autant son prestige sur les nations de l'Asie? Les clairvoyants diplomates anglais se rendent bien compte du danger, et sentent combien lourd est l'héritage

sent, mais le principal phénomène des suites de couches paraît quand le fœtus meurt à une époque assez avancée de la gestation. Je parle de la sécrétion du lait, *autre élément de diagnostic de la mort du fœtus, non moins bon que le premier.*

L'étude des modifications générales intéresse moins le praticien que celle des modifications locales, qu'on pourrait appeler obstétricales. Je la ferai brève ; mais je commencerai par elle, pour la même raison qui m'a fait adopter la seconde définition de préférence à la première. La physiologie de la femme enceinte ne ressemble pas à celle de la femme *vuide*, pour me servir d'un terme des vieux auteurs. Il n'y a pas une cellule de l'organisme qui ne reçoive le contre-coup de la conception et du développement du nouvel être (Tarnier), fait bien naturel, si l'on réfléchit à la prodigieuse rapidité d'évolution du fœtus, auquel la mère doit fournir tous les matériaux nutritifs. Tous les systèmes organiques sont modifiés, parce que toutes les fibres sont baignées par un liquide modifié. De là l'importance de l'étude du sang et de l'appareil circulatoire chez la femme grosse, et voilà pourquoi je place cette étude en première ligne.

La grossesse est *simple*, *double*, *triple* suivant le nombre des produits de conception.

Elle est *topique* quand le germe se développe dans la cavité utérine, lieu d'élection (τοπος). Elle est *ectopique*, quand le développement se fait hors de l'utérus (grossesses extra-utérine, tubaire, abdominale). La grossesse *topique* peut être *anomale*. On la dit alors *compliquée* (insertion vicieuse, albuminerie, kystes, tumeurs fibreuses, toute la pathologie).

Quant aux *fausses* grossesses (adipeuses, nerveuses), il n'y en a pas, mais comme le disait le professeur Pajot, il y a des erreurs de diagnostic.

(*A suivre.*) Dr H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Présentations. — Rapport sur un travail relatif au traitement de la conjonctivite granuleuse aiguë et chronique par l'*Abrus precatorius* ou *Jequirity*. — Rapport sur un mémoire intitulé : De l'élongation du nerf nasal externe contre les douleurs ciliaires. — Communication : De l'induration des corps caverneux de la verge et de ses relations avec la glycosurie. — Présentation de malades : Ablation de polype du nez ; — désenclavement du nerf radial comprimé dans un cal exubérant.

M. Delore (de Lyon), membre correspondant, offre en hommage un ouvrage sur les accouchements qu'il a fait en collaboration avec M. le docteur Lutaud.

M. de Saint-Germain dépose le premier fascicule de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, publiée sous sa direction et celle de M. le docteur Cadet de Gassicourt.

---

que leur a laissé la Compagnie : « Je n'entends jamais parler, dit Grant Duff, d'un vaisseau naviguant à travers le brouillard dans les bancs de Terre-Neuve, au milieu des montagnes de glace, sans penser à notre gouvernement de l'Inde. » Pour que la Grande-Bretagne pût compter sur l'avenir, il faudrait que ses progrès en population, en richesse, en puissance, l'emportassent sur ceux des Etats rivaux situés sur la route future des Indes. Or il n'en est pas ainsi : l'histoire des trente dernières années l'a démontré. »

Ce huitième volume a près de mille pages. Il faut le lire d'un bout à l'autre ; il n'y a pas de lecture plus instructive et plus satisfaisante pour l'intelligence, à quelque point de vue que l'homme civilisé veuille se placer.

G. Richelot père.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Damaschino, Duguet et Fernet, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine (section de médecine), qui s'est ouvert le 1er décembre 1882.

M. Haussmann est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de préparateur de pathalogie externe.

Faculté de médecine de Lille. — M. Lhomme est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de préparateur de chimie organique en remplacement de M. Sioen, démissionnaire.

M. Meyer, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Robillard, démissionnaire.

M. Nicaise dépose, de la part de M. Duplay : 1° le *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, de Spencer Wells, traduit de l'anglais par M. le docteur Paul Rodet, avec une préface de M. Duplay; — 2° le quatrième fascicule du tome VI du *Traité de pathologie externe*, de Follin et Duplay.

M. Terrier lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur José Cardoso de Moura Brazil (de Rio-Janeiro), intitulé : *Traitement de la conjonctivite granuleuse aiguë et chronique par l'Abrus precatorius ou Jequirity.*

Le Jequirity (plante de la famille des légumineuses) est employée, au Brésil, de la manière suivante : Les graines sont jetées dans l'eau bouillante pendant quelques heures ou dans l'eau froide pendant deux ou trois jours. Dès que la graine est ramollie on en retire l'enveloppe, et l'embryon, y compris les cotylédons probablement, est réduit en une poudre fine qu'on laisse macérer vingt-quatre heures exposée à la rosée de la nuit; on filtre ensuite. Cette solution doit être mise au contact de la conjonctive, soit que le malade s'en baigne les yeux trois fois par jour, soit qu'on l'instille goutte à goutte comme un collyre, pendant trois jours consécutifs.

M. José Cordoso préfère appliquer sur la conjonctive, avec un pinceau, le principe extractif du Jequirity, pendant un temps plus ou moins long. Quel que soit le mode d'emploi du médicament, son application détermine une inflammation plus ou moins vive de la conjonctive, suivie soit de suppuration, soit de formation d'une fausse membrane d'apparence diphthéritique, de trouble et de vascularisation de la cornée. Il en résulterait, au bout d'un temps variable, la disparition des granulations conjonctivales; mais, dans certains cas, l'inflammation, trop violente, aurait eu pour conséquence fâcheuse la perte complète de la vue.

M. Terrier a expérimenté, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, l'infusion de graines de Jequirity en lotions, trois fois par jour, pendant trois jours; il a constaté une inflammation intense de la conjonctive avec apparition de néo-membranes diphthéroïdes, trouble et vascularisation de la cornée; mais ces phénomènes, après avoir disparu peu à peu, ont laissé les granulations dans le même état qu'avant les applications de Jequirity.

D'autre part, M. de Wecker dit avoir obtenu des résultats surprenants, mais encore inédits, en badigeonnant les paupières renversées, avec l'infusion de Jequirity.

Comment agit le Jequirity? Est-ce simplement en déterminant une ophthalmie purulente, exactement comme le fait l'inoculation du pus blennorrhagique? M. de Wecker semble le croire, mais cette explication ne saurait satisfaire ceux qui considèrent l'ophthalmie granuleuse comme une ophthalmie parasitaire.

Le docteur Siboo Aranjo a examiné au microscope, soit les préparations de Jequirity, soit des pseudo-membranes enlevées sur la conjonctive après l'action de l'infusion. Dans les préparations fraîches ou anciennes, il a trouvé des granulations, puis des spores et le mycélium d'une plante microscopique.

Dans les exsudats conjonctivaux, on trouve des corpuscules de pus (leucocytes), une substance fibrineuse, plus des granulations sphériques animées de mouvements (gomédées), enfin des spores en chapelets ou séparées (zooglées) et des tubes végétaux.

Y a-t-il une relation entre les productions microscopiques de l'infusion du Jequirity et l'action curative de cette substance sur les granulations conjonctivales? On peut se poser cette question, surtout en présence des théories sur l'action de l'inoculation blennorhagique.

Quoi qu'il en soit, malgré le résultat négatif de son expérimentation personnelle, en tenant compte du *modus faciendi* tout spécial préconisé par le docteur José Cardoso, et des conditions dans lesquelles il agit, conditions qui lui permettent d'avoir des graines fraîches, M. le rapporteur pense que cette nouvelle médication mérite d'être expérimentée, car elle s'adresse à une affection essentiellement rebelle, trop souvent même incurable.

M. le rapporteur propose, en terminant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments; 2° de déposer son travail dans les archives.

M. Desprès croit devoir reproduire au sujet du traitement des granulations conjonctivales par le Jequirity les objections qu'il a déjà présentées à propos du traitement de ces mêmes granulations par les inoculations du pus blennorrhagique. D'abord les observations relatives à ce nouveau mode de traitement sont en trop petit nombre pour permettre d'en apprécier la valeur. Ensuite il faudrait savoir s'il s'agit, dans ces observations, de granulations d'origine inflammatoire ou de granulations véritablement chroniques. Les premières, en effet, peuvent guérir par les applications de Jequirity comme elles guérissent par les cautérisations avec le nitrate d'argent, avec les crayons de sulfate de zinc ou de cuivre, en un mot avec un caustique cathérétique quelconque. Mais les granulations conjonctivales chroniques proprement dites ne guérissent par aucun topique, elles ne cèdent qu'à l'excision.

C'est une erreur, suivant M. Desprès, de croire que les granulations conjonctivales sont

d'origine parasitaire; elles ne sont autre chose que des bourgeons charnus, dont elles ont, d'ailleurs, la constitution histologique; ce sont des végétations analogues à celles que l'on rencontre sur les muqueuses, au voisinage de tous les orifices naturels. Tous les modes de traitement autres que l'excision ne donnent que des guérisons temporaires.

M. Terrier répond à M. Desprès que l'on ne saurait mettre en doute la curabilité des granulations conjonctivales par les inoculations de pus blennorrhagique; il pourrait montrer un malade devenu presque aveugle par suite de cette effection, et qu'il a guéri par cette méthode.

Quant à la constitution histologique des granulations et à leur nature parasitaire, cette nature a été constatée par des histologistes des plus compétents dont l'autorité est au moins égale à celle de M. Desprès.

Il a été constaté, en outre, que la conjonctivite granuleuse ne se rencontre pas au delà d'une certaine latitude. Enfin on a expliqué d'une manière assez plausible la guérison de cette affection par les inoculations de pus blennorhagique, disant que le parasite des granulations serait détruit par celui de la blennorhagie.

M. Desprès ne saurait assez protester contre cette invasion universelle du parasitisme dans la pathologie générale et locale. Les parasites sont auujord'hui à la mode, on en met partout. On en fait les agents de toute contagion. Mais il faut bien remarquer que, dans l'espèce, ce ne sont pas les granulations qui sont contagieuses, mais la maladie qui a donné naissance à ces granulations. La question de latitude ne prouve pas d'ailleurs davantage la nature parasitaire de la maladie.

M. Trélat fait un rapport sur un Mémoire de M. le docteur Badal, professeur du cours complémentaire d'ophthalmologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, intitulé : *De l'élongation du nerf nasal contre les douleurs ciliaires.*

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

Les douleurs dites *ciliaires*, c'est-à-dire qui ont leur siège ou leur point de départ dans le globe oculaire, peuvent être divisées en trois groupes : 1° névralgies proprement dites; 2° douleurs glaucomateuses; 3° douleurs ciliaires dues à un état inflammatoire des membranes de l'œil.

Le nerf nasal d'où émanent les filets nerveux qui se distribuent à l'œil, soit directement, soir par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique, semble, *à priori*, devoir être celui des nerfs de l'orbite dont l'élongation donnera les meilleurs résultats pour combattre les douleurs ciliaires, quelle qu'en soit la cause.

La clinique établit la réalité de cette action curative; elle montre, en outre, l'heureuse influence exercée par l'élongation sur les phénomènes pathologiques vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques qui peuvent accompagner les douleurs en question.

Il suffit de faire porter l'élongation sur le nerf nasal externe à sa sortie de l'orbite. Il est sans importance que cette élongation soit suivie de la rupture du tronc nerveux, l'anesthésie cutanée, qui en est la conséquence, étant limitée à un territoire extrêmement restreint.

Il est permis de supposer, à en juger par les résultats déjà obtenus, que l'élongation du nerf nasal pourra, dans nombre de cas, être substituée à d'autres opérations infiniment plus graves, la névrotomie ciliaire en particulier, et que, dans certains cas, l'amputation ou l'énucléation du globe, ne devraient être pratiquées que si l'élongation préalable du nasal externe n'a pas donné de résultats.

Il sera intéressant de rechercher ce que peut donner cette opération, non-seulement contre le symptôme *douleur*, mais encore dans le traitement de certaines formes de glaucome, d'ophthalmie sympathique, d'inflammation du tractus uvéal, et même dans le traitement de certaines affections de l'appareil lacrymal.

Les trois cas d'élongation, pratiqués jusqu'ici à la clinique ophthalmologique de Bordeaux, peuvent se résumer ainsi :

I. Femme de 33 ans, névralgie oculaire et péri-orbitaire gauche; flux nasal muco-purulent extrêmement abondant; deux mois de traitement médical sans succès; élongation du sous-orbitaire; peu d'amélioration. Quinze jours après, élongation du nasal; les douleurs disparaissent aussitôt; deux mois après, le catarrhe nasal a complètement cessé et la muqueuse a repris son aspect normal.

II. Homme de 23 ans; kératite à hypopyon du côté droit, suivie d'irido-cyclite et d'occlusion pupillaire; phthisie du bulbe, perte de la vision; névralgie péri-orbitaire; pannus; amélioration passagère à la suite d'une péritomie; rechute, douleurs ciliaires violentes; élongation des filets terminaux du nasal externe; dès le lendemain, amélioration évidente; quelques jours après, les douleurs ont entièrement disparu.

III. Femme de 57 ans; depuis 8 ans, douleurs gastralgiqnes, rhumatisme noueux, névralgie péri-orbitaire gauche; depuis 4 ans, glaucome chronique inflammatoire; perte absolue de la vision; œil très dur; cornée rugueuse; douleurs ciliaires violentes; état général mauvais; une large iridectomie ne donne aucun résultat; les crises augmentent d'intensité; élongation du nasal externe, résultat immédiat excellent; quinze jours après, la malade put quitter l'hôpital, complètement débarrassée de ses douleurs.

M. le rapporteur termine en proposant 1° d'adresser à M. Badal une lettre de remercîments; 2° de publier dans les *Bulletins* le résumé de ses observations.

Ces conclusions sont adoptées après un court échange d'observations de MM. Terrier, Giraud-Teulon et Trélat.

— M. Verneuil fait une communication *sur les rapports de l'induration du corps caverneux de la verge avec la glycosurie.*

Ces indurations se présentent sous forme de plaques ou de noyaux plus ou moins étendus, de consistance fibreuse, ne faisant point saillie, mais facilement reconnaissables au toucher, siégeant sur la face dorsale de la verge, n'adhérant point à la peau, mais confondues avec l'enveloppe fibreuse et la cloison médiane du corps caverneux. Cette affection, qu'on rencontre surtout chez les hommes de l'âge adulte, n'est ordinairement pas douloureuse, si ce n'est dans l'érection, mais elle rend le coït malaisé, à cause de l'incurvation qu'elle imprime à la verge.

A défaut de causes locales, des causes générales ont été invoquées, parmi lesquelles la syphilis et la goutte auxquelles on a rapporté l'origine de la maladie; mais les faits n'ont point paru répondre à ces suppositions. Les observations recueillies par M. Verneuil lui ont fait entrevoir une autre cause, suivant lui plus certaine, de cette lésion.

Quatre fois, dans ces dernières années, M. Verneuil a rencontré l'induration du corps caverneux, toujours avec les mêmes caractères et dans des conditions fort analogues d'âge, de santé, de régime, de manière de vivre. Trois fois, il a constaté l'existence actuelle ou antérieure de la glycosurie. Il croit en conséquence pouvoir admettre sinon une dépendance étiologique absolue, du moins une relation digne d'être recherchée à l'avenir.

Déjà Marchal (de Calvi), en 1864, dans son beau livre sur les *accidents diabétiques*, avait relaté l'histoire d'un individu atteint de diabète chez lequel la verge, dans l'érection, s'incurvait sur sa face dorsale, où existait un tout petit noyau d'induration situé à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen de cette face et qui n'était guère sensible que dans l'érection. Cet individu avait en outre des hémorrhagies (*sic*) spermatiques. M. Verneuil donne ensuite le résumé des cas qu'il a observés, au nombre de quatre, et dans lesquels trois fois l'induration du corps caverneux était accompagnée de l'existence du sucre dans les urines en quantité variable.

Il montre l'importance de ces faits, soit au point de vue de l'étiologie qu'ils éclairent en rattachant une affection locale à un état constitutionnel, soit au point de vue de la thérapeutique.

Le traitement médical de l'induration du corps caverneux est nul; tout le monde étant d'accord sur ce point, on conçoit qu'on ait songé au traitement chirurgical, et la preuve qu'on y songe, c'est que, dans l'un des cas observés par M. Verneuil, un chirurgien distingué de Paris avait proposé une opération chirurgicale. A l'époque de hardiesse opératoire à laquelle nous vivons, il serait surprenant qu'il n'en fût pas ainsi.

Or, il n'est pas inopportun de rappeler aux chirurgiens, tentés d'agir, qu'il semble exister des rapports intimes et fréquents entre la glycosurie et la susdite induration du corps caverneux et qu'à ce titre il faut mettre la plus grande réserve dans l'emploi des moyens chirurgicaux. M. Verneuil ne peut croire, en effet, que le hasard seul lui ait fait rencontrer trois fois sur quatre la coïncidence entre les deux états pathologiques. Peut-être, à la vérité, est-il tombé sur une série; en pareil cas, il n'y a qu'à attendre. A partir du moment où l'on voudra bien faire les recherches convenables, on saura si le sucre se rencontre souvent ou rarement chez les sujets atteints d'induration du corps caverneux survenue spontanément.

La discussion sur la communication de M. Verneuil est renvoyée à la première séance.

— M. Trélat présente un malade auquel il a pratiqué l'extraction d'un polype volumineux du nez, à l'aide d'une opération particulière qui, en lui ouvrant un large espace, a facilité singulièrement l'ablation du polype et a donné un résultat des plus remarquables au double point de vue chirurgical et esthétique. Nous donnerons dans notre prochain compte rendu le résumé de cette observation remarquable, d'après la note même de M. Trélat.

Le même chirurgien présente un second malade auquel il a pratiqué la résection d'un cal exubérant d'une fracture du bras, pour une paralysie de ce membre, déterminée par l'inclusion et la compression du nerf radial.

Le sujet de cette observation fut, dans le courant du mois de mars dernier, attaqué par des individus qui le rouèrent de coups et le laissèrent pour mort, après lui avoir fait des fractures multiples dont une de la cuisse droite et une autre du bras gauche. Il fut porté sans connaissance et, pour ainsi dire en morceaux, dans le service de M. Trélat où l'on réussit tant bien que mal à le rajuster et à maintenir, par l'application de quatre ou cinq appareils, ses nombreuses fractures, dont la réduction et surtout la contention furent très difficiles.

Cependant la consolidation de toutes ces fractures finit par s'effectuer, et le blessé semblait être dans un état relativement très satisfaisant, lorsque M. Trélat s'aperçut, vers la fin de mai, que cet homme avait le bras complètement paralysé. Il soupçonna aussitôt que cette paralysie était due à la compression du nerf radial par un cal vicieux, et la levée de l'appareil confirma pleinement cette supposition.

Le 1er juin, M. Trélat procéda à l'opération, qui présenta d'abord quelques difficultés pour la recherche du nerf radial. Celui-ci était presque complètement perdu sous une espèce de pont ou de tunnel ostéo-fibreux dans lequel il avait été enfermé par le cal, qui le cachait ainsi sur une longueur de six à sept centimètres environ. M. Trélat finit par le trouver, en le cherchant à son extrémité inférieure, et il le dégagea peu à peu, à l'aide de la gouge et du maillet, de ce tunnel où il était enterré. Il fit alors la résection à plat de toute la portion exubérante du cal et pansa la plaie par la méthode antiseptique.

La plaie parcourut sa marche normale et se cicatrisa, mais les mouvements furent très lents à se rétablir. Dans les premiers jours d'août, le malade commençait seulement à pouvoir remuer quelque peu les doigts; le retour définitif des fonctions du membre a eu lieu en octobre ; l'amélioration a été croissante en novembre, aidée par le massage et les applications de courants faradiques combinés avec les courants continus; aujourd'hui l'état du malade est absolument satisfaisant.

M. Tillaux rappelle que, il y a quelques années, il a présenté à la Société de chirurgie un malade auquel il avait pratiqué, en 1878, à l'hôpital Beaujon, le désenclavement du nerf radial comprimé dans un cal exubérant. Il lui a été facile, en cherchant le nerf de bas en haut, de le trouver et de le dégager de l'espèce de tunnel ostéo-fibreux dans lequel il était inclus et comprimé, comme dans le cas de M. Trélat. M. Tillaux, lorsqu'il eut le nerf radial sous les yeux, constata que ce nerf était enflammé dans une longueur d'environ 3 centimètres, par suite de la compression et de l'aplatissement qu'il avait subis. Cette inflammation explique la lenteur du rétablissement des fonctions nerveuses, car il faut de toute nécessité attendre que la régénération des fibres soit accomplie. Dans tous les cas de compression des nerfs, le même phénomène devra se reproduire, par suite de la destruction de la myéline qui se régénère lentement.

Le malade de M. Tillaux a été présenté à la Société de chirurgie, complètement guéri, comme les compte rendus des séances en font foi.

— Au commencement de la séance, sur l'invitation de M. le président, M. Richelot, récemment élu membre titulaire, a pris place parmi ses nouveaux collègues.

— Dans le courant de la séance, divers scrutins ont eu lieu pour la nomination de commissions. Ont été élus membres :

1° De la commission pour l'examen des candidats à une place vacante de membre correspondant national : MM. de Saint-Germain, Polaillon, Gillette, Chauvel ;

2° De la commission des correspondants étrangers : MM. Berger, Terrier, Marc Sée, Pozzi;

3° De la commission du prix Duval : MM. Richelot, Périer, Magitot, Delens, Marjolin.

A. T.

FORMULAIRE

Pate de Lister.

Acide phénique . . . . 20 grammes.
Huile de lin ou d'olives. . . . . 100 —

Craie blanche pulv. ; q. s. pour faire une pâte molle.

On étend cette pâte sur une feuille de gutta-percha ou sur une feuille d'étain, et on l'applique, soit sur une articulation ouverte, soit sur un abcès profond, soit sur une plaie chirurgicale. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Bancel, vice-président de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, décédé le 29 novembre, à l'âge de 59 ans.

Concours des prix de l'internat. — Les résultats de ce concours, sans être proclamés, sont aujourd'hui connus :

Première division (internes de 3e et de 4e année). — Médaille d'or, M. Netter; médaille d'argent, M. Siredey; première mention, M. Duplaix.

Deuxième division (internes de 1re et de 2e année). — Médaille d'argent, M. Richardière; accessit, M. Ricard; première mention, M. Darier; deuxième mention, M. Gallois.

— Les mutations dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris, qui avaient été provisoirement suspendues, sont aujourd'hui terminées. M. le docteur Marchand reste à l'hôpital Cochin où sera probablement installée une salle de gynécologie de 15 à 20 lits; M. le docteur Berger passe à l'hôpital de Bicêtre, en remplacement de M. Gillette, et M. le docteur Pozzi passe à Lourcine, en remplacement de M. Berger.

École de médecine de Toulouse. — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est chargé, en outre, du cours de pathologie externe à ladite école.

Conseil académique de Paris. — Le conseil académique de Paris a tenu le vendredi 8 décembre sa dernière séance, qui a été fort remplie. Il devait d'abord émettre son avis sur la suppression ou le maintien du baccalauréat ès sciences restreint, exigé surtout aujourd'hui des jeunes gens qui veulent entrer à la Faculté de médecine.

On se demandait si le baccalauréat ès lettres, dont le programme a été si développé du côté scientifique, ne pourrait pas suffire.

Les représentants de la Faculté de médecine de Paris ne l'ont point pensé et le conseil académique leur a donné raison en votant le maintien de ce baccalauréat.

Il a émis encore un vœu en faveur de la révision de l'organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie pour les mettre mieux en mesure de répondre aux privilèges qu'elles possèdent et à la mission qui est la leur. Puis est venue une délicate question sur les pharmaciens de seconde classe dont le nombre croissant partout, sauf dans les campagnes auxquelles ils étaient destinés, menace de faire disparaître les pharmaciens de première classe, dont les études sont autrement longues et difficiles.

Pour rétablir un peu l'équilibre, le conseil académique a émis le vœu que les candidats à la seconde classe, au lieu d'avoir à fournir comme aujourd'hui le simple certificat de grammaire, auraient à présenter l'un des baccalauréats.

Une autre question était soumise au conseil académique, touchant la création d'un nouveau grade en médecine : le doctorat ès sciences médicales, exigible des hommes qui se destinent à l'enseignement médical. Après avoir entendu les fortes objections de la Faculté de médecine de Paris contre cette création, au moins dans la forme où elle se présente actuellement, le conseil a émis un avis défavorable qui, sans repousser toute réforme, tend à provoquer de nouvelles études sur cette question.

Enfin il a eu à s'occuper d'une désagréable affaire. Deux aspirants au baccalauréat, surpris en flagrant délit de plagiat ou de tentative de plagiat pendant l'examen, ont été traduits devant le conseil qui les a condamnés à ne pouvoir se représenter devant aucune Faculté pendant une durée de deux ans. Il paraît qu'en présence des tentatives de fraudes répétées, un exemple était nécessaire. Après quoi, M. le recteur a déclaré close la session de 1882.

Épidémies. — La fièvre jaune vient de faire son apparition à Dakar, où elle sévit avec intensité et fait de nombreuses victimes. La quarantaine la plus sévère a été ordonnée entre Dakar et les principaux ports voisins. Les indigènes eux-mêmes n'ont pas libre pratique. Par contre, l'état sanitaire est heureusement satisfaisant à Gorée et à Rufisque.

Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye (à 3 heures 1/2 très-précises). — Séance du vendredi 22 décembre 1882.

Ordre du jour : Compte rendu annuel du secrétaire général. — Communications diverses. — Élections.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Académie de médecine, 19 décembre. — Séance de fin d'année, consacrée à une série d'élections. Le public était venu comme à l'ordinaire, ne sachant pas l'ordre du jour ; les académiciens plus qu'à l'ordinaire, obéissant à une loi qui peut être ainsi formulée : les questions de personnes, les séances de votes et de causeries sont toujours les plus attrayantes.

M. le professeur Potain est nommé membre titulaire. Si l'éminent clinicien recueille un seul suffrage de plus que la majorité absolue, ce n'est pas que son élection ait paru contestable; mais les candidats sont nombreux, et les noms qui viennent en seconde ligne éveillent de vives sympathies. MM. Siredey et Ball doivent être chaudement félicités.

Vient ensuite le renouvellement du Bureau pour l'année 1883. M. Hardy, vice-président de l'année qui finit, occupera de par le règlement le fauteuil laissé vide par M. Gavarret. Mais il faut voter pour le vice-président qui lui succède : les suffrages de l'Académie se portent sur M. Alphonse Guérin.

Chose inattendue, on doit élire un secrétaire annuel, car M. Bergeron, bien décidé à résigner les fonctions dont l'Académie l'a plusieurs fois investi par acclamation, déclare que « cette charge et cet honneur » doivent passer en d'autres mains. Impossible de savoir si c'est de la charge ou de l'honneur que M. Bergeron tient à faire bénéficier un collègue. Son heureux successeur est M. Proust.

Enfin, MM. Hervieux et Perrin sont élus membres du conseil, et les académiciens s'en vont, laissant leurs fauteuils vides au moment où M. le professeur Hayem gravit la tribune pour lire un travail sur la transfusion. Il faut être candidat pour subir une telle situation, que nous voyons se reproduire tous les jours à la Société

FEUILLETON

HISTOIRE DE GALIEN,

SA VIE, SON SYSTÈME MÉDICAL, SES ŒUVRES ; SON DERNIER TRADUCTEUR, CHARLES DAREMBERG.

V

CHARLES DAREMBERG.

En prononçant le nom de Daremberg, et en vous signalant sa traduction de Galien, je n'ai pas assez fait pour celui qui a occupé la chaire d'histoire de la médecine dès l'époque récente où elle a été rétablie. Daremberg mérite mieux qu'une citation, il doit être connu de vous. Ce que je vais vous dire de lui ne sera pas un éloge suivant la coutume académique, mais un hommage dû au maître qui m'a précédé, à un homme de cœur et de talent.

En 1846, le ministre de l'instruction publique chargeait un jeune médecin de faire au Collège de France un cours complémentaire sur l'histoire de la médecine. Celui-ci s'acquittait fort bien de sa mission difficile; elle lui était continuée pendant les années 1847 et 1848.

Quel était le débutant qui venait de marquer sa place? Il se nommait Charles-Victor Daremberg; il était né à Dijon, en 1817; après de fortes études littéraires, il avait choisi la carrière médicale et rempli les fonctions d'interne à l'hôpital de Dijon.

Puis ayant le goût du travail et le sentiment secret de sa valeur, il était venu à Paris. En 1841 (le 20 août), il soutenait sa thèse de doctorat : *Exposition des connaissances de Galien*

de chirurgie aussi bien qu'à l'Académie de médecine, et qui nous semble indigne de ces deux corps savants. Ne devrait-on pas modifier les règlements, convenir que les lectures des candidats ne seront pas faites à la fin des séances, et montrer un peu plus d'égards à des hommes qui, à la vérité, briguent une faveur, mais qui en même temps honorent la Société devant laquelle ils paraissent en lui apportant le fruit de leur travail?

Le doctorat ès sciences médicales. — En terminant notre dernier *Bulletin*, nous n'espérions pas voir la Faculté de Paris rejeter purement et simplement le projet du ministère, et nous demandions qu'en admettant à la rigueur la création d'un nouveau grade, elle le fît du moins aussi petit et aussi peu dangereux que possible. Le vote de la Faculté, qui au moment où nous écrivions était déjà formulé, a dépassé notre attente. Après la discussion du rapport de M. Brouardel, la délibération suivante a été prise :

« 1° La Faculté ne pense pas qu'il y ait lieu de créer un diplôme de docteur ès sciences médicales, comprenant l'universalité des connaissances médicales.

« 2° Elle ne pense pas non plus qu'il y ait lieu de créer un titre s'appliquant à l'une des branches des sciences médicales. »

En même temps, la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* nous apporte un excellent rapport de M. le professeur Grasset, montrant avec détail les dangers du nouveau grade, et concluant à le rejeter absolument. Nous n'insisterons pas sur les arguments renfermés dans ce travail, car le débat nous paraît épuisé jusqu'à nouvel ordre. On n'a pas tout dit, certainement ; mais les avis négatifs, en particulier celui de la Faculté parisienne, auront assez de poids, nous l'espérons, pour faire ajourner les réformes inutiles. Le doctorat ès sciences médicales pourrait bien reparaître un jour ; mais nous pensons qu'il n'oserait plus se montrer sous la même forme, et que le projet dont nous venons d'être émus quelques jours dormira dans les cartons d'un sommeil indéfini.

En attendant que les discussions passées et de nouvelles méditations aient fait naître un plan de réformes plus vaste et mieux conçu, il y aurait, nous l'avons dit, bien des changements à faire dès aujourd'hui, non pour la science pure ni pour les grades élevés, mais pour l'exercice de la médecine et l'amélioration des praticiens. Nous avons d'ores et déjà des laboratoires et des savants, des titres à n'en plus finir

---

sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux. Le choix d'un sujet peu ordinaire doit nous faire penser que Daremberg l'avait en prédilection et que dès cette époque, les œuvres du médecin de Pergame l'occupaient fort souvent.

Ce n'était pas là son début médico-littéraire, qui n'est pas connu et que voici. Ce volume de 64 pages, en grand in-8° carré, revêtu d'un cartonnage ancien, porte, sur le frontispice : « Mon premier ouvrage », et, à côté : « Premier livre que j'ai fait », avec la signature Ch. Daremberg. Il est intitulé : *Bon jour, bon an.* C'est un calendrier pour l'année 1839, dans le genre du *Messager boiteux de Strasbourg*, avec des figures sur bois et la mention : 1re année, publié à Auxonne, par X-T. Saunié, imprimeur-libraire. On y trouve des éphémérides, des règles d'hygiène et de médecine pratique, des anecdotes et faits divers. Je ne sais si Daremberg a composé une grande partie de cet almanach, mais sûrement il a rédigé les préceptes d'hygiène, de médecine et de pharmacie domestique, ainsi que les notions d'économie rurale de « son premier ouvrage. »

Depuis son arrivée à Paris, en 1836, Daremberg suivit les cliniques hospitalières : Cloquet, Andral, Velpeau, Bouillaud, ont été ses maîtres de prédilection. De plus, pendant trois années consécutives, il s'est livré, comme aide particulier et sous la direction de Blainville et de Gratiolet, à des études anatomiques dans les amphithéâtres du Muséum d'histoire naturelle. Il cherchait, le scalpel à la main, le texte sous les yeux, à reconnaître si le médecin de Pergame avait disséqué des cadavres humains. Ces recherches lui ont démontré que Galien n'avait ouvert que des singes et d'autres animaux. L'opinion de Cuvier, de Camper et de Blainville s'est trouvée absolument vérifiée. Il y a plus, les critiques de Galien contre Erasistrate et d'autres préalexandrins, au sujet de l'appareil sexuel, étaient fausses; ces premiers anatomistes avaient réellement observé des organes génitaux humains et en particulier l'utérus de la femme.

et des médecins à panaches qui pullulent dans les grandes villes ; mais les étudiants en majorité travaillent mal, passent de mauvais examens et font de lamentables docteurs. Nous aurons l'occasion d'examiner s'il n'y a pas à cela quelque remède.

L.-G. R.

HYGIÈNE PUBLIQUE

RAPPORT SUR LES SANATORIA MARITIMES POUR LES ENFANTS SCROFULEUX ET RACHITIQUES,

Présenté au Congrès international d'hygiène de Genève,

Par le Dr ARMAINGAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

D'ailleurs, Messieurs, si la question est aujourd'hui suffisamment mûre, si les connaissances acquises sur les différents points qui s'y rattachent sont plus que suffisantes pour justifier les mesures de vulgarisation et de propagande active que je propose en faveur de ces institutions et pour en faire espérer le succès, il s'en faut de beaucoup que nous n'ayions plus rien à apprendre sur ce sujet, et vous me permettrez de fixer votre attention sur plusieurs *desiderata* de la question, et de solliciter vos réflexions sur les points suivants :

1° Rechercher les moyens pratiques d'établir une statistique exacte ou suffisamment approximative de la scrofule, au point de vue de la morbidité et de la mortalité, de sa distribution géographique dans chaque pays, et pour chacun d'eux, la statistique comparative suivant les régions, les provinces, les villes, les départements et même les circonscriptions plus limitées.

Les données actuelles de la statistique sont non-seulement, comme chacun sait, insuffisantes et incomplètes, mais encore très défectueuses dans les éléments qui ont servi à les établir. Quelques-unes d'entre elles sont basées, en ce qui concerne surtout la *mortalité* due à la scrofule, sur un nombre d'années tellement restreint, et quelquefois sur une classification des manifestations scrofuleuses si imparfaite, qu'elles sont plutôt de nature à imprimer aux recherches et aux études comparatives et étiologiques une fausse direction qu'à les faciliter.

C'est ainsi que la ville de Bordeaux passe en Europe pour une des villes les plus chargées de scrofule, et qu'on retrouve la trace de cette indication erronée, non suffisamment effacée, dans le livre, d'ailleurs si riche en utiles documents, de M. Lombard (de Genève) sur la Climatologie médicale. Or ce renseignement erroné a pour origine la statistique d'un médecin de l'état civil (auquel on doit d'ailleurs des documents intéressants) qui, dans un travail sur la mortalité à Bordeaux pendant 3 annés seulement (1858, 1859, 1860) a compris parmi les décès

---

Après deux ans d'études préparatoires, Daremberg avait été chargé, en décembre 1844, par Villemain, ministre de l'instruction publique, d'une mission médico-littéraire en Allemagne, d'une durée de trois mois; son rapport, publié le 15 avril 1845, fait connaître la communication qu'il a obtenue des papiers du professeur Dietz, de Kœnigsberg, mort en 1836. Les textes que Daremberg a pu copier ou collationner se rapportent à Hippocrate, à Rufus d'Éphèse, à Oribase, à Galien, à l'école de Salerne, etc. C'était une ample et riche moisson.

Les résultats du voyage en Allemagne ont été la publication du *Traité sur le pouls, attribué à Rufus d'Éphèse,* faite pour la première fois par Daremberg, en grec et en français, avec une introduction et des notes, Paris, 1846, in-8°. Puis l'*Histoire et critique des doctrines des maladies de la peau,* etc. (in *Annales des maladies de la peau et de la syphilis,* par Cazenave, t. II. p. 197, 214, 262, 276, 293, 301), traduction française, in-8°, Paris 1844 et 1845; et l'*Histoire de la syphilis dans l'antiquité,* traduction française, première partie, bibliographie (in *Annales des maladies de la peau et de la syphilis,* de Cazenave, juillet 1845). Vous savez que ces deux ouvrages sont de J. Rosenbaum. De plus Daremberg, qui « est trop occupé de Galien pour songer à Oribase », signalait alors au ministre : Bussemaker, d'Amsterdam, pour une publication sur Oribase. Plus tard, il a collaboré activement avec Bussemaker.

En même temps que Galien, la traduction des *Œuvres choisies d'Hippocrate* avait passionné Daremberg; la première édition in-18 date de 1843; la deuxième est devenue un volume in-8°, accompagné d'arguments et de notes, précédée d'une introduction générale. Je vous ai signalé ce livre l'année dernière à côté de l'admirable traduction de Littré.

Dans cette année 1846, Daremberg, médecin du bureau de bienfaisance et des écoles primaires du XIIe arrondissement (aujourd'hui le Ve, quartier Saint-Jacques), était nommé bibliothécaire de l'Académie de médecine; il conserva ces fonctions jusqu'en 1849 où il devint bibliothécaire honoraire, passant en titre, en 1850, à la bibliothèque Mazarine.

dus à la diathèse scrofuleuse tous les cas de carreau, d'abcès par congestion, de caries vertébrales, de rachitisme et d'abcès froids. Il résulte de cette extension nullement justifiée, attribuée à la diathèse strumeuse, que la mortalité scrofuleuse qui n'est à Bordeaux que des 6^{mmes} 17 des décès, ce qui est déjà beaucoup trop, paraît être des 23^{mmes}, ce qui dépasse de beaucoup la mortalité moyenne due à la scrofule, dans l'ensemble de la France, d'après les statistiques actuelles. Un pareil fait, s'il eut été exact, aurait d'ailleurs donné un démenti à toutes les notions acquises sur l'étiologie de la scrofule, car il en serait résulté que la ville de Bordeaux, réputée à juste titre pour une des plus salubres parmi les grandes villes d'Europe, dont les voies sont larges, les maisons spacieuses, où la lumière est largement dispensée, et la densité de la population réduite au minimum, qui enfin n'a qu'une population ouvrière et industrielle relativement très restreinte, fournirait plus de scrofuleux que des villes comme Lille et comme Lyon, qui sont justement dans des conditions opposées.

Je me bornerai à cet exemple, bien qu'il me soit très facile d'en fournir d'autres sur l'imperfection des statistiques actuelles, en ce qui concerne la scrofule, surtout en France et en Allemagne. Je ne crois pas d'ailleurs que dans aucun pays d'Europe, autre que la France, des recherches suivies aient été entreprises sur la distribution géographique de la scrofule. Mais, dans notre pays, la répartition de cette maladie dans les différents départements, établie par Devot et Boudin sur une base assez large, quoique encore insuffisante, indique déjà sur quels points il y aurait lieu de concentrer les recherches pour serrer de plus près les conditions étiologiques ; pour la scrofule comme pour le goître et le crétinisme, ce sont les départements maritimes, à deux exceptions près, qui présentent le minimum de fréquence de la scrofule. Boudin se borne à cette seule remarque, mais il m'a paru instructif de traduire cette différence par des chiffres comparatifs précis, qu'il est facile de tirer par un calcul très simple des comptes rendus du recrutement. Les 24 départements maritimes fournissent en moyenne chacun 8 scrofuleux sur 1,000 jeunes gens de 20 ans, alors que les 62 départements non maritimes en fournissent en moyenne 11 1/2 sur 1,000 ; ce qui se représente également par les chiffres suivants : 2,400,000 jeunes gens de 20 ans, examinés dans les 24 départements maritimes, fournissent 19,637 scrofuleux, alors que le même nombre d'examinés en fournit dans 24 départements non maritimes, ramenés à la moyenne, 27,264, soit 7,527 de plus. Quant aux différences d'un département à l'autre, elles sont si grandes que le département du Pas-de-Calais ne présente dans sa population masculine de 20 ans que 1 scrofuleux sur 1,000 jeunes gens examinés, tandis que la Nièvre en présente 3 pour 100, le Cantal 3, la Lozère 2 sur 100.

Nous croyons donc qu'il serait utile de faire appel aux médecins et aux membres des conseils d'hygiène des départements les plus atteints, et particulièrement à ceux de la Nièvre, du Nord, du Cantal, de la Lozère, de la Haute-Loire, de l'Oise, de la Loire, des Deux-Sèvres, et de les inviter à recueillir les documents relatifs aux causes spéciales, soit d'ordre économique et social, soit d'ordre mésologique et professionnel, qui peuvent expliquer dans

---

Pendant plus de dix ans, tout entier aux voyages et à ses publications, Daremberg tantôt chargé de missions, tantôt à ses frais, explorait les bibliothèques de Paris et de diverses contrées. Il a fait quatre voyages en Allemagne, huit en Angleterre, quatre dans toute l'Italie, deux en Belgique, deux en Suisse. Il consignait ses trouvailles dans des rapports officiels insérés au *Journal de l'instruction publique*, dans des notices sur les manuscrits, dans les éditions de textes grecs et latins, dans la Collection salernitaine.

Daremberg a donné en 1847 la *Description et extraits du manuscrit* 2237 *de la Bibliothèque royale à Paris*, in-8°, 1847 ; — *Aurelius, de acutis passionibus*, texte publié pour la première fois d'après un manuscrit de la bibliothèque de Bourgogne à Bruxelles, corrigé et accompagné de notes critiques, in-8°, Breslau et Paris, 1847. La première leçon du *Cours fait au Collège de France sur l'histoire et la littérature des sciences médicales* a été publiée dans le journal l'UNION MÉDICALE, pareillement en 1847.

Les évènements politiques de 1848 empêchèrent la continuation du cours de Daremberg ; il n'en fit pas moins paraître les *Fragments du Commentaire de Galien sur le Timée de Platon*, publié pour la première fois en grec, in-8°, 1847, et le *Résumé d'un voyage médico-littéraire en Angleterre* inséré dans la *Gazette médicale* de Paris (4 novembre 1848). Il y signale le projet d'une bibliothèque des médecins grecs et latins dont le prospectus a paru chez Victor Masson, in-8° de 69 pages, Paris, 1848.

Vous devineriez, si je ne vous la signalais pas, l'attraction puissante que Littré devait exercer sur Daremberg. Vous trouverez dans la *Revue des Deux Mondes* du 1er août de cette année un aperçu, tracé par une main filiale, de cette liaison qui a duré bien plus d'un quart de siècle. Littré et Daremberg, étroitement unis par une amitié sincère, restaient pendant la belle saison au village du Mesnil-le-Roy, près Maisons-Laffitte, attenant d'un côté

ces localités la fréquence excessive de la maladie. La topographie médicale et la statistique dans leurs rapports avec l'hygiène publique sont d'ailleurs des sujets généraux d'études proposés dès leur origine aux Conseils d'hygiène de France, et qui rentrent dans leurs attributions permanentes, ainsi que dans celles des Comités d'hygiène qui leur correspondent dans les différents Etats.

Il serait particulièrement intéressant et instructif de fournir un programme de recherches aux Conseils d'hygiène des départements dans lesquels les comptes rendus annuels du recrutement indiquent une diminution notable dans la fréquence de la maladie, et à ceux des départements où elle a au contraire augmenté dans une forte proportion.

Pour l'un de ces départements, celui des Landes, les causes de la diminution de la fréquence de la scrofule sont facilement saisissables, et elles méritent d'autant plus d'être signalées qu'elles fournissent un exemple des plus frappants de ce que peuvent les mesures d'hygiène pour la santé générale et pour la régénération de la race, en même temps qu'elles montrent les liens étroits qui existent entre les progrès de l'hygiène publique et l'accroissement de la richesse générale.

Dans le tableau des exemptions pour cause de scrofule, de Devot et de Boudin, qui porte sur les 13 années 1837-1849, le département des Landes figure parmi les 9 départements les plus atteints, avec 1,591 scrofuleux sur 100,000 examinés, alors que le Pas-de-Calais n'en présente que 118, la Corse 452, la Vendée 506 et que la Seine n'en offre que 1,076. Ce résultat était d'autant plus remarquable que les Landes sont un département maritime et faisaient exception, ainsi que le département du Nord, à la règle générale qui établit que les départements maritimes sont de beaucoup les moins atteints par la scrofule.

Mais voici que dans le tableau des causes d'exemption basé sur les comptes rendus du recrutement pendant les dix années 1859-1868, *le département des Landes est devenu un des quatre départements qui présentent le moins de scrofuleux, et que la Haute-Garonne, le Tarn-et-Garonne et le Var sont les seuls départements qui en contiennent moins que lui.*

Or, les causes de ce changement si remarquable sont heureusement très faciles à constater, et la concordance est parfaite entre les travaux d'assainissement qui ont été exécutés et les résultats obtenus. Jusqu'en 1847, en effet, toute l'étendue de terrain connue sur le nom de Landes de Gascogne, présentant une superficie de 8,000 kilomètres, soit 800,000 hectares, était pour la plus grande partie inculte et inhabitée; et l'insalubrité de la portion habitée du pays était telle que la misère physiologique sous toutes ses formes et à tous ses degrés y était d'une fréquence extrême, et la mortalité excessive. Mais, à partir de 1849, les premiers travaux d'assainissement sont commencés, suivant le système préconisé par M. Chambrelent (1) et continués dans de modestes proportions, jusqu'en 1857, époque à partir de laquelle la loi du

(1) *Assainissement et mise en valeur des Landes dn Gascogne,* par M. Chambrelent, inspecteur général des ponts et chaussées. Paris, 1878; Dunod, éditeur.

à la forêt de Saint-Germain, de l'autre à la Seine. Les journées passaient vite partagées entre le travail assidu et une clinique rurale où les deux médecins philologues allaient donner leurs soins aux pauvres du voisinage qui ont gardé leur mémoire en vénération.

Daremberg, au visage doux et méditatif, encadré de barbe et de longs cheveux, d'une obligeance extrême, homme du monde à ses heures, plaisait à Littré qui l'encourageait et l'aidait de ses conseils. C'est au Mesnil que Daremberg est devenu de plus en plus bibliophile, chercheur des choses du passé, qu'il a acquis l'exactitude du traducteur, la clarté du style. C'est au Mesnil, dans le calme de la retraite, qu'ont été composés la plupart des ouvrages de Daremberg; c'est sous l'inspiration de Littré qu'a été conçu l'*Essai sur Galien considéré comme philosophe* (in *Gazette médicale* de Paris, juillet-août 1847), l'article *Galien* du Dictionnaire des sciences philosophiques de Franck, etc.,

Littré n'était pas le seul ami et protecteur de Daremberg, qui avait de bonne heure été choisi pour collaborateur scientifique au *Journal des Débats.* La fréquentation des politiques et des littérateurs lui fut très utile. Les articles de Daremberg sur l'histoire et la philosophie publiés dans ce journal, ainsi que ceux d'érudition et de littérature parus dans la *Gazette* et l'*Union médicales*, seraient intéressants à réunir, car Daremberg aimait le journalisme, et sa critique impartiale, mais plutôt bienveillante, plaisait au lecteur.

Jusqu'à l'époque où, pour la seconde fois, le ministre de l'instruction publique chargeait Daremberg d'un cours d'histoire des sciences médicales au Collège de France, en 1864, ses publications, qui se sont succédé, ont une réelle importance : *Essai sur la détermination et les caractères des périodes de l'histoire de la médecine*, in-8°, Paris 1850, paru dans la *Gazette médicale*, fragment du cours interrompu en 1848; *Œuvres d'Oribase*, texte grec et traduction française, avec une introduction et des notes par Bussemaker et Daremberg, in-8°,

19 juin sur l'assainissement des Landes ayant été promulguée, ces travaux ont pris sous la direction de M. Chambrelent (1) une extension considérable. Or, à mesure que les travaux s'accomplissent, nous voyons, ainsi que nous le montrent les tableaux de MM. Chambrelent père et fils, diminuer parallèlement le nombre des cas de fièvre intermittente, de pellagre, et la vie moyenne et la population s'accroître dans une très sensible proportion.

Il n'est donc pas douteux que la diminution si remarquable dans la fréquence de la scrofule, constatée dans ce département, à partir de l'année 1857, ne soit due également à l'assainissement des Landes, et à l'accroissement de la richesse publique, qui en a été la conséquence (2). La fréquence excessive de cette maladie dans le département de la Nièvre, surtout dans la période 1837-1859, peut également se rattacher à une cause connue, à savoir le développement de l'industrie nourricière qui privait de l'allaitement maternel les enfants de la plupart des nourrices.

Mais qui nous dira, si ce n'est une enquête étiologique, pourquoi le département de la Vendée qui, dans la période 1837-1849, *était compris dans les cinq départements les moins atteints, a vu augmenter depuis (période de* 1859-68), *dans une forte proportion, le nombre de ses scrofuleux, et descendre du cinquième rang au* 45e *? Pourquoi les départements de la Corse, de la Charente et du Finistère ont vu également s'accroître dans de très fortes proportions le nombre de leurs scrofuleux de* 20 *ans, tandis que l'Oise, la Loire, le Rhône, le Loiret, etc., présentent le résultat inverse ?*

Un Questionnaire spécial et méthodique pourrait donc être adressé aux Conseils d'hygiène de chaque département, afin de guider et d'uniformiser les recherches.

2° L'étude des contre-indications du traitement marin n'a pas encore été faite avec une précision suffisante; quelques-unes même, de celles qui sont déjà établies, ne sont pas assez connues des médecins praticiens, dont beaucoup dirigent souvent à la légère vers les bains de mer des malades qui ne sont nullement justiciables de ce traitement; résidant et exerçant la médecine dans une grande ville voisine de deux stations maritimes très importantes, j'ai eu plus d'une fois à constater des aggravations soit momentanées, soit définitives, de lésions scrofuleuses qui n'auraient pas dû affronter le contact de l'eau de mer.

Plusieurs de nos confrères, spécialement attachés à des établissements maritimes, ont constaté les mêmes faits; c'est ainsi que le docteur Duriau, médecin inspecteur des bains de mer de Dunkerque, sur 215 adultes observés par lui, et envoyés aux bains de mer en 1872

(1) *Resultats hygiéniques obtenus par l'assainissement des Landes de Gascogne*, par M. Jules Chambrelent. Bordeaux, 1880.

(2) Il est évident que l'établissement du chemin de fer du Midi et la guerre d'Amérique, qui a considérablement augmenté la valeur des produits résineux, ont agi dans le même sens que les mesures d'assainissement.

t. I à IV, Paris, 1851-1862 (terminé par A. Molinier); *Sur un passage de Celse relatif à la division de la médecine*, lettre à S. de Renzi, de Naples (in *Gazette médicale*, 1852); *Notices et extraits des manuscrits médicaux grecs, latins et français* des principales bibliothèques de l'Europe, 1re partie. Manuscrits grecs d'Angleterre, suivis d'un fragment inédit de Gilles de Corbeil et de scolies inédites sur Hippocrate, in-8°, Paris, 1853; *Glossula quatuor magistrorum super chirurgiam H. Rogerii et Rolandi*, nunc primum ad finem codicis Mazarinei edidit, etc., Neapoli, 1854; 2e édition des *Œuvres choisies d'Hippocrate*, 1855; *Anonymi de secretis mulierum, de chirurgia, de modo medendi*, poema medicum, nunc primum edidit, in-8°, Neapoli, 1855; l'*Ecole de Salerne*, ou l'art de vivre longtemps, aphorismes en vers latins et français, traduction nouvelle avec commentaires, suivie de la *Sobriété et ses avantages*, in-12, Paris, 1857; *Philostrate, Traité sur la gymnastique*, texte grec, accompagné d'une traduction en regard et de notes, grand in-8°, Paris, 1858; *A. C. Celsi, De medicina*, libri octo, ad fidem optimorum librorum denuo recensuit, adnotatione critica indicibusque instruxit, in-12, Leipzig, 1859; *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien, traduites sur les textes imprimés et manuscrits, accompagnées de sommaires, de notes, de planches et d'une table des matières, précédées d'une introduction ou étude biographique, littéraire et scientifique sur Galien*, in-8°, 2 volumes, Paris, 1854-1856.

J'ai mis Galien en dernier lieu, malgré la date de publication, parce que Daremberg avait une prédilection pour les œuvres du médecin de Pergame. Il le regardait comme le représentant d'une époque, caractérisée par la plus forte synthèse médicale du passé. Vous figurez-vous, messieurs, le travail du traducteur consciencieux? Voyez la peine pour réunir des fragments parfois épars d'un texte, pour en pénétrer le sens, pour en interpréter les passages obscurs, pour le rendre vrai et compréhensible sans effort. Il faut, pour Galien en particulier,

et 1873, n'en a trouvé que 112 chez lesquels l'indication des bains de mer était plus ou moins manifeste.

Il importe surtout de distinguer, parmi les manifestations scrofuleuses, celles qui demandent à la fois l'aérothérapie et l'hydrothérapie marine de celles qui ne comportent que l'atmosphère maritime à l'exclusion du bain; car si ces deux éléments distincts du traitement marin concourent assez généralement au même but, il est des cas où ils peuvent se contrarier. Nous citerons en particulier, avec le docteur Duriau, car notre expérience personnelle concorde pleinement avec la sienne, les cas de scrofulose ganglionnaire avec tendance au ramollissement qui, sous l'influence des *bains*, ne tardent pas à être envahis par la suppuration; il n'est pas rare même de voir des ganglions qui ne présentaient aucune apparence d'engorgement, au moment de l'arrivée du malade, se tuméfier et finalement passer à la suppuration. Dans de pareils cas, et dans plusieurs autres, les bains de mer doivent être proscrits d'une façon absolue, et l'atmosphère maritime suffit pour amener, si le séjour est suffisamment prolongé, une guérison presque toujours complète de l'adénite strumeuse.

(*La suite dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance non officielle comprend des lettres de candidature de MM. Féréol et Charles Brame pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; de M. Mascarel (de Châtellerault) pour le titre de membre correspondant national dans la section de médecine.

—

M. Bergeron, secrétaire annuel, présente, au nom de M. le docteur Buttura, un ouvrage intitulé : *L'hiver à Cannes et au Cannet.*

M. Tarnier présente, au nom de M. le docteur Queirel (de Marseille) une observation de placenta double.

M. Laboulbène présente : 1° au nom de M. le docteur Bouillet, un *Précis d'histoire de la médecine;* 2° au nom de M. le docteur Charpignon une brochure intitulée : *La castration dans le serment d'Hippocrate.*

M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Galippe, sous-chef de laboratoire, un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique, sur une mission dont il a été chargé pour étudier l'enseignement de l'odontologie en Angleterre.

être assez versé dans la connaissance des choses médicales modernes pour juger et faire juger les choses médicales des temps passés. Plus j'étudie les vieux auteurs, plus je me sens de reconnaissance pour ceux qui les ont le mieux fait connaître.

Vous avez certainement remarqué les dernières lignes du titre dans le *Galien* de Daremberg : Œuvres... précédées d'une introduction ou *étude biographique, littéraire et scientifique sur Galien.* Mais en ouvrant le livre, et après une dédicace à Flourens et à Andral, une préface vous apprend que la Notice sur la vie et les écrits de Galien, ainsi que trois Dissertations sur ses œuvres anatomiques, physiologiques et pathologiques, qui devaient se trouver en tête du premier volume, feront dans l'avenir un volume à part. Ce troisième volume n'eût pas été le moins précieux, il n'a jamais paru. Les matériaux en ont été réunis par Daremberg, j'en ai la certitude; la majeure partie a été rédigée, prête pour l'impression. J'ai signalé ces manuscrits à la Faculté, à la Bibliothèque de l'Académie de médecine qui possède les livres de Daremberg; je les ai demandés à son fils, Georges Daremberg, aux éditeurs J.-B. Baillière et ses fils. Nous les avons jusqu'à présent cherchés en vain. Je ne désespère pas encore et je prends l'engagement devant vous, si je parviens à les trouver, de les publier avec soin.

Voici Daremberg chargé de nouveau du cours d'histoire de la médecine au Collège de France. Examinons ce qu'il a fait jusqu'au moment où il touche au but de ses efforts, où il est nommé professeur d'histoire de la médecine à la Faculté. Il a publié son enseignement, il a fait paraître les ouvrages suivants : *La médecine dans Homère* ou études d'archéologie sur les médecins, l'anatomie, la physiologie, la chirurgie et la médecine dans les poèmes homériques, in-8°, Paris, 1865; *Résumé de l'histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'au* VII° *siècle*, dans l'*Union médicale*, 1865; *Résumé de l'histoire de la médecine depuis le* VIII° *siècle* jusqu'au XV°, dans l'*Union médicale*, 1866, avec le programme du cours pour

Contrairement à ce qui a été dit, le diplôme de dentiste ne constitue point en Angleterre un titre inférieur n'exigeant point d'études médicales sérieuses et complètes.

Les études imposées aux étudiants dentistes et aux autres étudiants sont communes, il n'y a de différence que dans la forme et non dans le degré.

En Angleterre, l'enseignement est spécialisé, c'est un avantage considérable qui permet de donner aux étudiants une instruction et un titre professionnels, sans que l'instruction générale en souffre.

Il y a loin, comme on le voit, de cette organisation à celle que l'on tente d'établir en France et dans laquelle on voudrait créer un diplôme de dentiste inférieur même à celui d'officier de santé.

Il ne saurait y avoir ni deux pathologies ni deux thérapeutiques, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Or, comme la loi française exige le diplôme de docteur ou d'officier de santé pour exercer la médecine ou la chirurgie, il est juste de faire rentrer l'odontologie dans l'étude générale de la médecine comme cela se pratique en Angleterre.

Ce sont les idées que M. Depaul a défendues à la Faculté de médecine et que M. Galippe a soutenues dans une brochure qu'il joint à son rapport.

M. Depaul présente ensuite, au nom de M. le docteur Chassagny (de Lyon), un instrument désigné sous le nom d'*appareil élytro-pterygoïde* et destiné à pratiquer le tamponnement du vagin dans les diverses circonstances où il peut être utile (hémorrhagies utérines, etc.).

M. Larrey présente un ouvrage en italien intitulé : *Projet du nouvel hôpital de Lugo*, en Romagne, par les docteurs Ballotta et Piana.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Potain ; — en deuxième ligne, M. Siredey ; — en troisième ligne, M. Lecorché ; — en quatrième ligne, M. Cadet de Gassicourt ; — en cinquième ligne, M. Ball ; — en sixième ligne, M. Bouchard.

Le nombre des votants étant de 76, majorité 39, M. Potain obtient 40 suffrages, M. Siredey 18, M. Ball 12, M. Cadet de Gassicourt 3, M. Lecorché 2, M. Bouchard 1.

En conséquence, M. Potain ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, aux élections pour le renouvellement de son bureau.

---

l'année 1866-1867 ; *Recherche sur l'état de la médecine durant la période primitive de l'histoire des Indous*, dans l'*Union médicale*, 1867 ; *Résumé de l'histoire de la médecine durant les* XV[e] *et* XVI[e] *siècles*, dans l'*Union médicale*, 1868, avec le programme du cours pour l'année 1867-1868 ; *État de la médecine entre Homère et Hippocrate*, anatomie, physiologie, pathologie, médecine militaire, histoire des écoles médicales, pour faire suite à la médecine dans Homère, in-8°, Paris, 1869 ; l'*Histoire des antiquités grecques et romaines* avec Saglio ; l'*Histoire des sciences médicales*, comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale, 2 volumes in-8°, Paris, 1870.

L'Académie de médecine, en 1868, avait nommé Daremberg dans la section de ses membres associés et, le 2 mai 1870, il entrait à la Faculté de médecine comme professeur.

La nomination de Daremberg n'a pu avoir lieu que par le rétablissement d'une chaire ancienne et dont voici l'histoire. L'École de santé, organisée à la fin du siècle dernier (4 décembre 1794), avait 12 professeurs et 12 adjoints ; une chaire réunissant la médecine légale et l'histoire de la médecine fut confiée à Lassus avec Mahon comme adjoint. Lassus permutant en 1795, laissa sa chaire qui échut à Goulin, mort après quatre années d'enseignement. Cabanis succéda à Goulin en 1799.

Puis la chaire d'histoire fut supprimée en 1808, à la suite d'une permutation, rétablie en 1816 et occupée par Moreau, de la Sarthe. Finalement, la chaire d'histoire de la médecine réunie à la chaire de bibliographie sombra par suite des déplorables ordonnances de 1822-1823.

Ni le congrès médical de 1845, ni les efforts de la Faculté en 1859, ne purent obtenir le rétablissement de la chaire d'histoire. Or en juillet 1869, un ancien maître des requêtes, ami des sciences médicales, Auguste Marie Salmon de Champotran, légua une somme considérable à la Faculté pour la fondation et l'entretien à perpétuité d'une chaire d'histoire de la médecine et

Suivant l'usage traditionnel, M. Hardy, vice-président, passe de droit à la présidence pour l'année 1883.

Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président.

Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Alphonse Guérin obtient 69 suffrages, M. Verneuil 4, M. Fauvel 2, M. Rochard 1, M. Noël Gueneau de Mussy 1, M. Jules Guérin 1.

En conséquence, M. Alphonse Guérin ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1883.

M. Alphonse Guérin présente ses remercîments à l'Académie.

—

Le scrutin pour l'élection d'un secrétaire annuel donne les résultats suivants:

Le nombre des votants étant de 69, majorité 35, M. Proust obtient 41 suffrages, M. Hervieux 12, M. Ernest Besnier 4, M. Parrot 3, M. Léon Colin 2, M. Gariel 1, M. Bucquoy 1, M. Chereau 1, M. Duplay 1, M. Moutard-Martin 1.

En conséquence, M. Proust ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé secrétaire annuel pour l'année 1883.

M. Proust présente ses remercîments à l'Académie.

—

Le scrutin pour l'élection de deux membres du conseil, en remplacement des deux membres sortants, donne les résultats suivants :

Premier membre du conseil. — Le nombre des votants étant de 55, majorité 28, M. Hervieux obtient 53 voix, M. Hérard 1, M. Ernest Besnier 1.

En conséquence, M. Hervieux ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé premier membre du conseil.

Deuxième membre du conseil. — Le nombre des votants étant de 48, majorité 25, M. Maurice Perrin obtient 46 suffrages, M. Verneuil 1, M. Hérard 1.

En conséquence, M. Maurice Perrin est proclamé deuxième membre du conseil pour l'année 1883

—

M. Hervieux présente, au nom de M. le docteur Plumeau (de Bordeaux), une brochure intitulée : Rapport général au Conseil municipal sur le service des vaccinations et revaccinations publiques dans la ville de Bordeaux.

M. Billod présente une brochure en italien, intitulée : *Contributions à l'étude expérimentale de l'hypnotisme*, par MM. les docteurs Tancarini et Seppilli.

—

M. Léon Labbé présente un *pulvérisateur* à gaz, imaginé par le docteur Maurice Dupont et construit par M. Mathieu.

---

de la chirurgie. Cette largesse permit de combler une lacune de l'enseignement et Daremberg fut le titulaire que s'adjoignit la Faculté.

La première leçon du nouveau cours a eu lieu à cette même place le 11 novembre 1871, il y a juste onze ans. Daremberg avait pris pour sujet : la *Démonstration historique de la supériorité des méthodes d'observation et expérimentale sur les méthodes a priori.*

Le professeur était sûr des sympathies de son auditoire, mais, disait-il, « en entendant ma voix un peu haletante, en voyant mon visage fatigué, vous devinez que ce n'est pas l'inquiétude, mais la souffrance qui me trouble. ».

Et en effet, Daremberg éprouvait les angoisses d'une maladie du cœur et des gros vaisseaux. Les cruels évènements de la guerre franco-allemande, le siège de Paris, pendant lequel, aidant son collègue Paul Broca, il se fit médecin d'ambulance au quai Malaquais, avaient achevé de ruiner sa santé. Ayant le regret de ne pouvoir mettre la dernière main à son *Traité de Rufus d'Éphèse* qui a été terminé par Émile Ruelle, il succomba au Mesnil, le 24 octobre 1872, nous laissant l'exemple d'une vie entière de travail et de dévouement.

Tel a été, Messieurs, le traducteur de Galien, l'élève et l'ami de Littré, le professeur Daremberg.

J'arrête ici ce que je voulais présentement vous dire de Galien, d'un esprit puissant et ingénieux, d'un savoir immense et encyclopédique, d'un talent hors ligne de compilateur et de polémiste.

Je vous ai montré le milieu où il a vécu. Vous l'avez vu à l'œuvre ; il avait les qualités de l'homme supérieur, mais il n'avait pas le génie qui fait exceller. Il n'a dévoilé ni la circula-

Cet appareil fonctionne *à froid* d'une façon automatique. Il se compose d'une sphère métallique résistante, divisée en deux compartiments qui communiquent entre eux. Dans l'un, on verse le liquide à pulvériser, de l'eau phéniquée; dans le second, on introduit la poudre employée pour la préparation des eaux gazeuses (bi-carbonate de soude et acide tartrique). L'appareil étant rebouché, une petite quantité d'eau tombe sur le bi-carbonate, au moyen d'un siphon, et le gaz acide carbonique se dégage, lequel s'accumule dans la partie supérieure et se dissout en partie dans le liquide. L'appareil ainsi chargé est prêt à fonctionner à tout instant : il suffit d'ouvrir le robinet et le jet d'eau comprimée vient se briser sur l'obstacle. On pulvérise ainsi une eau gazeuse *bi-antiseptique*, et par l'acide phénique qu'elle contient et par l'acide carbonique dissous.

Le pulvérisateur du docteur Dupont a été construit en vue des inhalations laryngées, qui sont nécessairement intermittentes; mais il trouve sa place dans l'arsenal de la chirurgie antiseptique. Il offre l'avantage, une fois chargé, d'être toujours sous pression et les inconvénients du pulvérisateur à vapeur qu'il faut chauffer à l'avance et qui, refroidi, doit être remis lentement sous pression, sont ainsi annulés. La charge usée étant remplacée en une demi-minute, l'appareil est prêt à fonctionner.

Le petit modèle, présenté à l'Académie, pulvérise 1 litre de liquide en quarante minutes et peut rester huit jours ou plus sous pression.

M. le docteur Hayem, candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, lit un travail intitulé : *De la valeur des injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par hémorrhagie.* Voici le résumé de ce travail :

Lorsqu'on fait subir à un chien une hémorrhagie assez abondante pour déterminer immédiatement l'apparition des grandes convulsions tétaniques, qui sont l'annonce d'une mort fatale et prochaine, les injections sous-cutanées d'éther ne peuvent conjurer le péril et ne sont suivies d'aucune action sensible. Cependant, en pareil cas, la transfusion faite avec du sang complet produit une véritable résurrection.

Les résultats sont tout aussi négatifs, lorsqu'on retire aux animaux une quantité de sang calculée de telle sorte (1/19 du poids du corps) qu'après l'hémorrhagie ils se trouvent dans un état presqu'à la limite entre la mort imminente et la survie possible.

Dans cette dernière condition d'inefficacité des injections d'éther, non seulement la transfusion du sang complet assure la survie des animaux, mais encore, dans certains cas, le même résultat peut être obtenu par la dilatation du sang restant dans l'organisme avec du sérum naturel, emprunté à un animal de la même espèce.

Il n'est donc pas exact de dire que la transfusion du sang est une opération inutile, pouvant être remplacée par la stimulation que provoque l'éther employé en injection sous-cutanée.

Cette stimulation ne se traduit d'ailleurs que par un accroissement dans l'énergie des con-

---

tion du sang, ni la théorie de la respiration, ni l'anatomie générale; il n'a pu être ni Harvey, ni Lavoisier, ni Bichat.

Un dernier conseil. Je vous recommande de prendre connaissance, par vous-mêmes, des œuvres de cet auteur extraordinaire qui a fait à la médecine beaucoup de mal et beaucoup de bien. Et pour vous soutenir dans cette lecture difficile, mais où vous trouverez profit, je vous rappellerai les propres paroles de Claude Galien, prises pour épigraphe par Littré : « Familiarisez-vous avec les écrits des anciens hommes. »

Lisez et relisez la traduction faite pour la première fois, en français, par Charles Daremberg.

Professeur Laboulbène.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1882-1883, MM. les agrégés dont les noms suivent : M. Laure, *pathologie interne ;* Chappuis, *chimie analytique.*

M. le docteur Rabot (François-Tony) est nommé, pour deux ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Bard, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Chambard est nommé, pour deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Rebatel, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Gangolphe est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Pollosson, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Faramond de Montels (Marie-Armand-Michel), né le 18 octobre 1862, à Faussergues (Tarn), élève ayant 8 inscriptions, est nommé boursier pour un an, à dater du 1er novembre 1882.

tractions cardiaques et une accélération notable du nombre des pulsations; elle n'entraîne ni élévation de la pression du sang, ni augmentation de la température rectale.

Le travail de M. Hayem est renvoyé à l'examen de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, constituée en commission d'élection.

—

M. le docteur Eugène Bonnefoy lit un travail intitulé : *Appareil lit-brancard* et présente cet appareil à l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

BULLETIN SANITAIRE ET MÉTÉOROLOGIQUE DE CANNES,

Par le docteur de Valcourt, médecin de l'hôpital de Cannes.

Quelques cas de fièvre signalés à Cannes l'hiver dernier ayant ému l'opinion publique, d'autant plus que cette station est réputée pour sa salubrité aussi bien que par son climat, il nous a semblé utile de faire connaître exactement l'état sanitaire actuel.

L'hôpital de la ville renferme 94 lits, il reçoit non-seulement les malades habitant Cannes dont la population fixe dépasse 20,000 âmes, mais aussi les ouvriers plus ou moins nomades dont le nombre peut être évalué à 5,000. Or, il n'y a jamais eu aussi peu de malades en traitement que ce mois-ci. En effet, sur 94 lits, 67 sont vides et 27 seulement occupés, encore la plupart le sont-ils dans la section de chirurgie. Sauf deux rhumatisants et un pneumonique, il n'y a, dans les salles de médecine, que des malades atteints d'affections chroniques, pas un seul malade atteint de fièvre ni de dysenterie.

Le pavillon consacré aux affections contagieuses est vide.

Il faut attribuer cet état sanitaire si satisfaisant : 1° à l'achèvement des grands boulevards créés l'an dernier qui sont aujourd'hui livrés à la circulation; 2° à la construction d'égouts déjà terminés le long de la mer et dans le quartier de Prince-de-Galles; enfin, surtout aux pluies abondantes qui ont fourni 107 millimètres d'eau en septembre, et 136 millimètres depuis le commencement du présent mois.

La pluie du 5 octobre a donnée 58 millimètres et celle du 12 en a fourni 42.

Il est nécessaire dans ce pays qu'après la sécheresse des mois de juin, juillet et août, les premières pluies d'automne soient assez fortes pour emporter tous les détritus germant dans le lit désséché des torrents.

Ces pluies avaient été insuffisantes l'an dernier et la constitution médicale s'en était ressentie.

Voici le résumé météorologique de la saison estivale :

1882	Température en degré centigrades. Minimum.		Maximum.	Pluie. Nombre de jours.	Quantité en millimètres.
Juin	16.5	—	30.4	0	0mm0
Juillet.........	18.4	—	30.8	5	9mm5
Août..........	18.2	—	30.0	2	4mm0
Septembre	14.6	—	25.4	8	107mm4

Cannes, le 23 octobre 1882.

COURRIER

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le concours pour quatre places d'internes dans les asiles d'aliénés de la Seine vient de se terminer par la nomination de MM. Doyen, Duhamel, Devicq et Gaudry. Ont été désignés pour remplir les fonctions d'internes provisoires, MM. Ladoucette, Manière, Dupain et Grenier.

L'indemnité des médecins et chirurgiens des hôpitaux. — Dans sa séance du lundi 11 décembre, la Commission du budget de la ville de Paris a repoussé les propositions de l'Administration de l'Assistance publique, relatives à l'augmentation des indemnités allouées aux médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Voici la discussion qui a eu lieu à ce sujet et que nous reproduisons textuellement d'après le procès-verbal du Conseil municipal de Paris (commission du budget) :

« M. le docteur Loiseau, rapporteur, rappelle que les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux reçoivent une indemnité de déplacement qui varie de 1,200 à 1,500 francs,

selon que l'hôpital est, ou non, considéré comme excentrique. L'Administration, en vue d'atténuer, dans une certaine mesure, la charge qui incombe aux chefs de service, propose de fixer cette indemnité, pour les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux situés dans Paris, au taux uniforme de 2,000 francs. Celle qui est attribuée aux médecins et chirurgiens attachés à des établissements hors Paris serait portée de 3,000 à 3,500 francs; celle des médecins et chirurgiens du Bureau central, de 600 à 1,000 francs; elle serait fixée à 3,000 francs pour Sainte-Périne.

M. Germer Baillière, président de la commission, ne voit pas la nécessité de cette augmentation. La nouvelle allocation attribuée aux médecins des hôpitaux serait plus qu'une indemnité, sans être encore un traitement.

M. le Rapporteur ajoute qu'autrefois cette indemnité ne dépassait pas 600 francs, et cependant les candidats aux fonctions de médecin des hôpitaux n'ont jamais manqué. Le corps médical a toujours fait preuve d'un dévouement que n'accroîtra pas un supplément d'allocation.

M. le docteur Lévraud fait observer que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'ont jamais, à leur grand honneur, sollicité une augmentation de leur indemnité. Il convient de conserver à celle-ci son but, qui n'est autre que de rembourser à ceux qui mettent leur talent au service des malades les frais de voiture que leur occasionnent ces fonctions.

Les propositions de l'Administration sont repoussées. »

Faculté de médecine de Lyon. — M. Simoni (Don Jacques), docteur en médecine, est nommé secrétaire du service des autopsies, attaché à la chaire d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

M. Mathieu (Marc) est nommé aide de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Reynaud, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Bonin, démissionnaire.

M. Joly, bachelier ès sciences, est nommé préparateur au laboratoire de pharmacie, pendant l'année scolaire 1882-1883, en remplacement de M. Reverchon, démissionnaire.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Knoepfler (François-Victor-Louis) est nommé aide de clinique, en remplacement de M. Guillemin, appelé à d'autres fonctions.

M. Vautrin (Alexis) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Nicolas, appelé à d'autres fonctions.

Épidémies. — Le choléra a disparu du Japon après avoir commis de terribles ravages : 26,000 personnes ont succombé en moins de six mois. Les autorités indigènes paraissent sortir de leur apathie et disposées à prendre des mesures pour l'assainissement de plusieurs quartiers de la capitale Tokio; c'est dans cette ville que le fléau a sévi le plus cruellement.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 23 décembre 1882, à 3 heures 1/2, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Collineau sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Adolphe Dumas (de Cette). — 2° Compte rendu par M. Abadie de plusieurs mémoires de M. Rougier (de Marseille). — 3° Observations de muguet primitif dans la fièvre typhoïde, par M. de Beauvais. — 4° Communications diverses.

Nota. — Le banquet annuel est fixé au samedi 20 janvier prochain.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES COURS LIBRES DANS LA FACULTÉ ET LES PROJETS DE RÉORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Décidément ce n'est plus un vent de réformes, mais bien un ouragan qui souffle sur les régions ordinairement calmes et sereines de l'enseignement de la médecine : constitution des écoles de plein exercice dites écoles préparatoires ; décentralisation partielle ou totale des concours d'agrégation ; création d'un doctorat ès sciences médicales ; tous projets nés d'hier et qui ont déjà fait rompre plus d'une lance entre leurs partisans et leurs adversaires.

Aujourd'hui, voici une autre question. Il s'agit de la réglementation et de l'organisation des cours libres dans les Facultés de l'État. On dira peut-être que l'enseignement libre existe ; que la loi du 12 juin 1875, corrigée par celle du 20 mars 1880, a autorisé la création des Facultés libres. A quoi bon, alors, introduire des cours libres dans les établissements universitaires ? Pourquoi troubler le repos séculaire et de traditionnels usages consacrés par un glorieux passé ? Eh bien ! quelque modéré que soit mon enthousiasme, m'est avis que cette question mérite un sérieux examen. Tout se tient, d'ailleurs, dans notre microcosme médical : questions scientifiques et questions professionnelles. Les projets actuels intéressent par conséquent autant ceux qui enseignent la médecine que ceux qui la pratiquent.

Ce serait donc une objection préjudicielle singulière et mal fondée que d'opposer à ces réformes le régime établi en 1875 et 1880. La loi de 1880 a bien amendé celle de 1875 ; il faut convenir cependant, avec un certain nombre d'esprits sages et libéraux, qu'il y avait mieux à faire, que cette réglementation est défectueuse et que la nouvelle organisation des cours libres corrigerait peut-être ses imperfections. N'est-elle pas défectueuse, en effet, cette législation qui condamne fatalement les fondateurs des établissements libres à se faire les adversaires et non à devenir les auxiliaires de l'enseignement de l'État ? N'est-elle pas boiteuse, cette réglementation qui place les Facultés libres hors du mouvement scientifique national ? N'a-t-elle pas eu le tort, comme l'écrivait un universitaire, notre confrère dans la

FEUILLETON

CAUSERIES.

Qui de vous, chers lecteurs, ne connaît l'histoire du haricot de Civiale, arrivé dans la vessie par les voies mystérieuses de la circulation ? Ce qu'on sait moins, c'est que cette histoire n'est pas de Civiale, mais de Pouteau, ainsi que M. le professeur Le Fort en faisait dernièrement la remarque à son cours. Pensant qu'il peut être de quelque intérêt pour voir de savoir la vérité à ce sujet, je vais vous mettre sous les yeux les textes des deux ouvrages.

On lit dans le troisième volume des *Œuvres posthumes de M. Pouteau* (p. 290), dans un *mémoire sur une fève de haricot qui servait de noyau à un calcul de la vessie urinaire*, que le malade, interrogé sur la provenance de ce haricot, dont on voyait même « très distinctement le germe », ... « protesta être bien certain de ne l'avoir pas fait entrer par la verge et assura qu'il n'avait jamais eu la moindre maladie dans ces parties, ni dans leur voisinage ».

« Par quelle route, ajoute Pouteau, cette fève avait-elle pénétré dans la vessie ? Le malade l'avait-il avalée, et aurait-elle enfilé les vaisseaux lactés, le canal thoracique, la veine cave descendante ? De là, serait-elle passée dans le ventricule gauche pour être portée dans l'aorte, et ensuite poussée par le torrent de la circulation dans les artères émulgentes, les reins, les uretères et la vessie ? Cette voie paraîtra toujours impraticable. »

***

Ceci se passait en 1751, mais n'a été publié qu'en 1783. En 1823, Civiale écrivait, après

presse politique, de mettre la liberté hors de l'Université, quand il fallait qu'on la mît au dedans ?

La question actuelle est donc grosse de conséquences sociales. Elle n'est pas moins importante pour l'avenir et l'éclat de la médecine française. Pour cette fois, — c'est peut-être la première, — dans un accès de sollicitude à laquelle elle ne nous a pas accoutumés, l'Administration va se faire révolutionnaire !...

L'enseignement supérieur libre, d'après la circulaire ministérielle, serait à la veille de trouver « les salles de cours qui lui sont indispensables dans les locaux des Facultés agrandies ». *Gaudeamus amici !* Acceptons cette prédiction optimiste ; seulement n'arrêtons pas nos regards sur les constructions inachevées de notre Faculté parisienne, ni sur ces masures dont l'expropriation toujours promise, mais non exécutée, doit agrandir le Collège de France ; ni, enfin, sur ces terrains vagues qui déshonorent le voisinage de la Sorbonne et qui, depuis tantôt vingt ans, attendent la réédification de cet antique édifice. Sage lenteur peut-être, au dire des optimistes et des satisfaits ! Plus admirable encore cette tutélaire prévoyance qui dispose déjà des locaux, quand l'architecte prépare seulement les plans et que le maçon tient encore la truelle à la main.

La réforme de l'organisation des cours libres est utile. Pourquoi donc la subordonner à quelques brouettées de mortier et la faire dépendre de la diligence des architectes ? A moins que la somptuosité des constructions n'intervienne pour quelque part dans le succès et les bienfaits des cours libres ? Si la pensée officielle n'est pas telle, et nous l'espérons, nos futurs *privatim docentes* pourront sans doute se faire entendre prochainement dans des locaux provisoires.

C'est, en effet, l'enseignement des *privatim docentes* dont on va, sciemment ou non, préparer l'avènement. Si le mot n'a pas été écrit par la plume du rédacteur officiel, il était présent à l'esprit qui la guidait et qui certainement s'inspirait de l'exemple et de la renommée des Universités d'outre-Rhin.

« Les cours, d'après cette circulaire, devraient être des leçons suivies, le plus souvent d'un caractère très spécial et rentrant dans l'ordre, du reste, très vaste des enseignements donnés par l'Etat dans les établissements d'instruction supérieure. »

L'État interviendrait pour réglementer « d'une façon générale la rétribution qui sera perçue par les intéressés sans son intervention, à charge pour eux ne ne pas dépasser un maximum qui est à fixer et de tenir les autorités académiques au courant de ce qu'ils font ». Enfin, après un certain temps, et dans des conditions qui seront déterminées, l'État, s'il y a lieu, rétribuerait ces cours sur les ressources budgétaires.

Quelles garanties devrait-on exiger de ces futurs *privatim docentes ?* Ici, d'après la circulaire, commencent les difficultés : en ce qui concerne les Facultés de médecine, « la situation des docteurs ès lettres et ès sciences qui demanderaient à enseigner est la plus simple ». — Nous n'en doutons pas. — « Mais les Facultés auront à rechercher si les docteurs en méde-

---

avoir énuméré les divers corps étrangers trouvés dans la vessie et servant de noyau à des calculs :

« Il est extrêmement rare de trouver des gens qui confessent de bonne foi l'introduction de ces corps étrangers par l'urèthre : chacun estime plus commode de dire, et on ne manque pas de l'affirmer, qu'ils ont été avalés et que l'on ne comprend pas comment ils sont parvenus dans cet organe. Instruit de ce stratagème, le praticien doit au moins savoir douter. Cependant les ouvrages contiennent des faits qui sembleraient prouver que des corps étrangers peuvent passer de l'estomac dans la vessie .Il est question, dans les Transactions philosophiques, de deux balles de plomb avalées par suite de coliques et qui furent rendues par l'urèthre. Les mémoires de la Société d'Edimbourg contiennent des exemples dans lesquels des aiguilles avalées auraient été trouvées dans la vessie. Au rapport de Pouteau, des haricots blancs auraient aussi passé de l'estomac dans la poche urinaire, etc. Si les faits rapportés sont exacts, ces corps suivent-ils le torrent de la circulation ? » (*Traité des calculs urinaires*, imprimé à la suite de *Nombreuses considérations sur la rétention d'urine*, Paris, 1823, p. 115.)

On rapporte, mais je ne l'ai pas lu, que le secrétaire de Civiale, mécontent de son maître, aurait glissé cette ineptie dans l'épreuve en bon à tirer. Il est probable qu'il y eut en effet un peu de malice dans la rédaction des deux dernières phrases que je viens de citer, car rien n'eût été plus facile que de changer quelques mots de place, d'en remplacer quelques autres pour laisser à Pouteau la responsabilité de son hypothèse à laquelle, du reste, il ne croyait pas beaucoup lui-même, puisqu'il la termine en disant que cette voie paraîtra toujours impraticable.

Il paraît que lorsque Civiale eut connaissance de l'erreur qu'on lui avait laissée pour compte, il fit tout son possible pour racheter et faire rentrer dans le néant les exemplaires du

cine qui ont pris ce grade surtout pour des raisons professionnelles, doivent être assimilés exactement aux docteurs ès sciences et ès lettres. Si le doctorat ès sciences médicales existait, ajoute le Ministre, la question serait beaucoup plus facile... Le doctorat en médecine ne vient qu'en second rang; l'agrégation et le concours sont au premier. »

Quel que soit le sort définitif du doctorat ès sciences médicales dont l'opportunité a été discutée, dans ce journal, avec un talent auquel rendent hommage les amis et les adversaires du nouveau grade, n'existe-t-il pas des titres : internat, clinicat, École des Hautes-Études, prosectorat, qui sont dès maintenant des garanties de capacité ? Enfin, et surtout, le Bureau central et le Corps médical des hôpitaux de Paris ne devraient-ils pas profiter dans une large mesure de cet appui généreux que l'État offrirait à l'enseignement libre ? Est-il besoin de rappeler dans ces colonnes avec quel dévouement les médecins des hôpitaux contribuent pour la plupart à l'instruction clinique des élèves ? Ce sont là des services qui valent bien les leçons « au caractère très spécial » d'encombrantes et bruyantes individualités qui, si on n'y prenait garde, seraient seules usufruitières des bâtiments officiels.

De plus, le Ministre consulte les Corps universitaires sur l'opportunité d'introduire l'usage de conférences et de cours officiels et payants. En dehors de leur public, les professeurs de l'État ne pourraient-ils pas, eux aussi, enseigner dans ces cours fermés pour lesquels une rétribution spéciale leur serait remise par chacun des auditeurs ?

C'est donc substituer au régime français de l'enseignement supérieur, absolument gratuit, le système allemand et américain de leçons publiques générales et accessoires, et de cours fermés, toujours payants et seuls réellement utiles et pratiques. C'est une germanisation de notre Université. N'avions-nous pas raison de dire, en commençant, que des réformes aussi radicales courent le risque de passer pour révolutionnaires ?

Comment, en effet, concilier ces projets avec le système actuel des frais de scolarité ? En Allemagne, les frais d'examen sont nuls ou peu élevés, et les étudiants versent entre les mains des professeurs l'argent qu'ils portent en France dans les caisses de l'État. Pour que les innovations soient fécondes, pour qu'elles n'aboutissent pas à de stériles et bâtards compromis, il faudrait des modifications profondes de notre scolarité et le bouleversement des habitudes universitaires. Il faudrait aussi faire accepter sans murmures, de candidats soupçonneux, que leurs juges seront à l'occasion les maîtres directement rétribués par les élèves. Dans un pays comme le nôtre, où le favoritisme des jurys est souvent mis en cause, les réclamations seront nombreuses. C'est alors que, les apparences aidant, la femme de César pourrait être soupçonnée.

Sur cette dernière question, le Conseil académique de Paris a donné une réponse négative. Sera-t-il seul de son avis ? Nous l'ignorons. Il est probable néanmoins, pour les cours libres, qu'on adoptera, en l'améliorant, l'organisation de l'École pratique de Paris, ou tout au moins qu'on imposera une réglementation plus uniforme dans les diverses Facultés.

Mais alors, les cours officiels restant gratuits, quels seront les auditeurs des cours payants ?

---

livre qui étaient en circulation; mais ses efforts ne furent pas couronnés d'un succès complet, car il en reste encore quelques-uns dans les bibliothèques publiques et privées. J'en connais quatre pour ma part, et j'ai ouï-dire qu'un professeur de la Faculté, qui en possédait un, l'avait attaché par une chaîne dans son cabinet, autant peut-être pour attirer l'attention sur lui que pour le garantir contre l'indiscrétion de visiteurs malintentionnés.

***

L'hypothèse de Pouteau, touchant la circulation de son haricot, n'est d'ailleurs elle-même qu'une réédition, augmentée et corrigée, de celle que Rabelais, cet illustre confrère de joyeuse mémoire, avait invoquée pour expliquer la « façon bien estrange » dont naquit Gargantua, au chapitre VI du livre Ier de *La vie très horrifique du grand Gargantua, père de Pantagruel.*

Gargamelle étant en mal d'enfant, « une horde vieille de la compaignie, laquelle avait réputation d'estre grande medicine », lui fit un « restrinctif si horrible » que le fœtus ne pût sortir par la voie naturelle, laquelle était tant resserrée, qu'à « grande poine avesque les dents vous l'eussiez élargie ». Par cet inconvénient, « furent au-dessus relâchés les cotylédons de la matrice, par lesquels sursauta l'enfant et entra en la veine creuse, et gravant par le diaphragme jusques au-dessus des épaules, où ladite veine se sépare en deux », prit son chemin à gauche et « sortit par l'aureille senestre ».

***

Il ne faut pas faire de plus grands efforts d'imagination pour admettre une anastomose entre l'utérus et la veine cave que pour en créer une entre la vessie et l'estomac, en tenant

Comment pourront-ils vivre à côté de l'enseignement gratuit des titulaires des chaires ou des laboratoires officiels ?

Cette objection est grave, si on veut jeter les bases de sérieuses réformes et préparer une organisation viable de l'enseignement libre.

Il ne suffit donc pas d'annoncer des réformes plus ou moins nombreuses : il faudrait les coordonner, procéder avec méthode, en un mot posséder un plan.

Il est certain que l'organisation actuelle fait de nos Facultés de médecine, à tort assurément, de véritables écoles professionnelles. C'est là un des motifs de la désertion regrettable de certains cours dont les titulaires sont cependant des maîtres éminents. Tel est aussi le motif pour lequel on ne peut modifier utilement la scolarité sans améliorer simultanément les conditions morales et légales de l'exercice médical en France.

Voilà pourquoi, tout en rendant grâces à l'initiative ministérielle, je crains que ce vent de réformes ne soulève des tempêtes et beaucoup de poussière, mais ne laisse sur son passage aucune trace féconde. Cependant les réformes sont urgentes ; la santé publique, la dignité professionnelle les réclament. En attendant, le récidivisme médical est florissant, et on peut, sans craindre le démenti et sans passer pour un mélancolique Alceste, répéter avec le poète :

Fingit se medicum qui vis, idiota, sacerdos,
Judæus, monachus, histrio, tonsor, anus.

X...

HYGIÈNE PUBLIQUE

RAPPORT SUR LES SANATORIA MARITIMES POUR LES ENFANTS SCROFULEUX ET RACHITIQUES,

Présenté au Congrès international d'hygiène de Genève,

Par le Dr ARMAINGAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Suite et fin. — (Voir les numéros des 14, 16 et 21 décembre.)

3° Il n'est pas moins utile de prendre en considération la latitude, l'exposition, la topographie, l'anémologie des plages, et d'approprier la résidence à chaque cas particulier ; or, l'étude comparative des différentes zones du littoral européen, à ces divers points de vue, n'a pas été faite encore avec une rigueur suffisante, dans leurs rapports avec les différences d'action sur les accidents scrofuleux de même forme ; il en est de même de l'indication des stations qui doivent être interdites aux phthisiques, même d'origine *scrofuleuse*, et de celles qui peuvent être utilisées comme *Sanatoria* pour les phthisiques, comme pour les

---

compte, bien entendu, de la différence de l'état des connaissances sur l'anatomie fantaisiste en 1540 et en 1780.

Mais où l'imagination dépasse toutes limites et perd tous ses droits, c'est à propos d'une observation consignée dens un livre publié en 1879, livre rempli de documents très précieux, mais malheureusement un peu gâté par les commentaires que l'auteur a cru devoir ajouter aux faits cliniques. En voici un exemple :

Un chancre du prépuce amena la gangrène du gland, que maîtrisa un traitement énergique. Tout permettait d'espérer un rétablissement parfait à courte échéance, quand le malade mourut subitement.

« Comment, se demande l'auteur, expliquer cette terminaison inattendue ?..... La mort fut-elle le résultat d'une syncope ? L'état dans lequel se trouvait le malade à ce moment ne permet guère de le supposer ; de plus, le cœur était sain. A-t-on eu affaire à une hémorrhagie bulbaire : la chose est possible, mais peu probable. *Nous croirions plutôt à une embolie cérébrale, résultant du transport de produits gangréneux par la dorsale de la verge.* Il y avait eu, en ce cas, oblitération brusque et complète, soit du tronc basilaire lui-même, soit de l'une de ses branches. »

J'ai cité textuellement, en soulignant toutefois l'hypothèse admise par l'auteur.

Par quelles voies mystérieuses une embolie, assez volumineuse pour oblitérer le tronc basilaire ou une de ses branches, a-t-elle bien pu passer pour aller de la verge au cerveau ? Pour moi, je n'en connais qu'une. Bien que l'auteur se soit contenté de dire « la dorsale de la verge », et que plus haut il ait déjà parlé d'une hémorrhagie consécutive venant « de la dorsale de la verge », c'est-à-dire de l'artère dorsale de la verge, je pense que l'embolie partait de la veine dorsale de la verge, arrivait par les veines iliaques dans la veine cave inférieure,

scrofuleux, soit comme résidence d'été seulement, soit pour l'hiver exclusivement, soit comme résidence permanente.

Nous citerons comme exemples, et comme thèse de discussion s'il y a lieu, les deux ordres de faits suivants :

On a indiqué, M. Jules Bergeron notamment, comme résistant habituellement au traitement marin à Berck-sur-Mer, et s'aggravant même quelquefois, les blépharites chroniques, et en général les maladies des yeux, les éruptions d'eczéma simple ou impétigineux, et comme restant indéfiniment stationnaires les otorrhées sans lésions osseuses, les caries étendues, et plus encore les nécroses profondes.

Or, les faits nombreux que nous avons observés, et ceux, bien plus nombreux encore, qui nous ont été communiqués par nos confrères, et en particulier par le docteur Hameau, inspecteur des bains de mer d'Arcachon, tendent à établir que plusieurs de ces manifestations strumeuses, notamment les blépharites chroniques et les otorrhées, qui ne guérissent pas à Berck ou s'y aggravent, s'améliorent, au contraire, et guérissent généralement sur les bords du bassin d'Arcachon, sur cette mer humanisée, comme dit Michelet, où d'ailleurs la scrofule est inconnue parmi les indigènes.

C'est ainsi également que tandis que les médecins des hôpitaux de Paris (1) redoutent l'air vif de la plage de Berck, comme de toutes les plages de la mer du Nord et de la Manche, pour leurs scrofuleux phthisiques ou simplement très délicats de poitrine, et demandent pour eux un sanatorium plus méridional, et que, d'autre part, on réclame de tous côtés une résidence d'été pour les phthisiques qui passent l'hiver sur les plages méditerranéennes françaises, mais n'y peuvent séjourner sans dommage toute l'année, l'expérience de tous les jours nous démontre que cette même station d'Arcachon répond en grande partie à ce double desideratum, ce qui s'explique d'ailleurs par sa situation semi-méridionale et intermédiaire entre les plages du Nord-Ouest, de l'Ouest et de la Méditerranée. L'administration de l'Assistance publique de Paris paraît d'ailleurs l'avoir compris, car nous croyons savoir qu'après avoir fait étudier les nombreuses stations du littoral méditerranéen, elle a accordé définitivement la préférence au bassin d'Arcachon, sur les bords duquel elle est sur le point d'acquérir un vaste terrain de 52 hectares, admirablement situé, pour y fonder un établissement maritime pour les enfants scrofuleux et phthisiques de Paris. Nous ne croyons pas, en effet, que l'on puisse trouver un point du littoral français où seraient réunis, au même degré,

(1) *Association française pour l'avancement des sciences*. Congrès de Reims, pages 1020-21. « M. Daremberg, médecin consultant à Menton, établit l'insuffisance de la création d'hôpitaux pour les phthisiques dans le Midi ; les malades n'y pouvant rester pendant l'été, perdent entre deux saisons le bénéfice de leur séjour pendant la saison précédente. Il faut donc que non-seulement on crée des hôpitaux hivernaux, mais aussi des hôpitaux estivaux dans les montagnes..... »

---

et de là dans l'oreillette droite (et non l'aureille senestre, comme le pensait Rabelais). Je la vois parcourir ensuite le ventricule droit, l'artère, les capillaires et la veine pulmonaires, l'oreillette gauche, le ventricule gauche, l'aorte, la sous-clavière, la vertébrale, à moins qu'elle ne préfère naviguer dans les carotides primitive et interne, dans l'hexagone de Willis, et arriver enfin, lasse d'un si long voyage, dans le tronc basilaire pour s'y arrêter définitivement. Mais ce que ma simple intelligence se refuse à comprendre, c'est le passage de cette embolie dans le réseau capillaire qui réunit les artérioles pulmonaires aux veinules du même nom. Y aurait-il, par hasard, une voie innomée qui ferait communiquer directement la veine dorsale de la verge avec l'artère basilaire, de façon à permettre aux embolies d'aller du pénis au cerveau sans passer par le poumon ? Je ne l'ai vue décrite nulle part ; j'ai même consulté à ce sujet Farabeuf et quelques-uns de ses prosecteurs, mais ils m'ont tous ri au nez.

***

Les journaux anglais ont consacré plusieurs de leurs colonnes au compte rendu du banquet offert par les médecins de l'empire britannique aux officiers de santé de l'armée envoyée en Egypte. Quelques particularités de ce banquet nous paraissent offrir un certain intérêt.

D'abord les deux principaux invités, le duc de Cambridge et sir Garnet Wolseley, obligés d'assister à un dîner offert par la reine, se sont excusés de ne pouvoir aller banqueter avec les médecins. Puis le président, sir William Jenner, a, dans son toast, donné un assez joli démenti à ceux qui ont prétendu que l'état sanitaire de l'armée anglaise a toujours été excellent pendant l'expédition d'Egypte :

« Messieurs, a-t-il dit, je crois devoir m'excuser d'occuper cette place. Lorsqu'il fut ques-

les avantages qui résultent du voisinage de la mer et des forêts de pin, et qui conviennent mieux à la fois, comme résidence permanente, et aux phthisiques scrofuleux (forêt) et aux scrofuleux et lymphatiques à prédominance nerveuse.

4° La comparaison du système italien (séjour restreint de 45 jours en moyenne) au système français, est un des points dont l'étude me paraît offrir un véritable intérêt. Quand on se rappelle que la durée moyenne du séjour des malades à l'hospice de Berck est de 9 mois à 1 an, et qu'elle a été de 22 mois pour les affections scrofuleuses du pied (1), on se fait difficilement à l'idée que la nature et le degré des lésions qui sont traitées dans les hospices marins d'Italie soient les mêmes que ceux que l'Assistance publique de Paris envoie sur les bords de la Manche, et on est porté à supposer que nos généreux voisins ne dirigent vers leurs sanatoria que les manifestations légères, précisément à cause de la courte durée du séjour; et l'opinion commune est qu'il s'agit, chez eux, de prophylaxie et non de thérapeutique. Or, il résulte d'un compte rendu imprimé que M. le docteur Péricoli, de Rome, a eu l'obligeance de me faire parvenir tout récemment (2), qu'en ce qui concerne tout au moins l'hospice marin de la province de Rome, il n'en est pas ainsi, et que, dans cet établissement, on a en vue non-seulement la prophylaxie marine appliquée aux simples prédisposés ou légèrement atteints, mais le traitement des manifestations scrofuleuses d'une certaine gravité. Il est vrai de dire que les résultats obtenus chez les malades de cette dernière catégorie ne sont pas de nature à encourager les médecins de cet établissement à persister dans cette voie, tant qu'ils ne pourront disposer, en faveur de leurs pensionnaires, que d'un séjour aussi limité.

En effet, les 81 cas de scrofule osseuse et articulaire, figurant dans la statistique de l'hôpital marin de la province de Rome, n'ont donné lieu qu'à 2 guérisons (et 71 améliorations), alors que la statistique de Berck établit que sur 25 cas de coxalgie, 70 cas de tumeur blanche, 44 cas de caries multiples, 23 cas d'ostéite, 16 cas de nécroses et 41 cas de carie vertébrale, soit sur 219 cas de lésions osseuses ou articulaires, 190 guérisons ont été obtenues. Cette différence si remarquable démontre l'inefficacité presque absolue du système italien appliqué aux lésions scrofuleuses profondes; et si les administrations hospitalières n'ont pas les ressources suffisantes pour prolonger le séjour des malades bien au delà de quelques semaines, il serait infiniment préférable de renoncer à faire de la thérapeutique pour les scrofuleux confirmés et de se borner à la prophylaxie, à la médecine préventive pour les enfants débiles, faibles de constitution ou très lymphatiques et présentant des antécédents héréditaires suspects. Mais j'estime que, même dans ces conditions, un séjour de 6 semaines, de 3 mois même, aux bords de la mer est insuffisant, si on ne veut pas se borner à une amélioration passagère et à une modification superficielle de la constitution.

(1) Love. Thèse de Paris, 1880.

(2) *Opera degli Ospizi marini della cita e provincia di Roma.* Relazione per l'anno 1881.

---

tion d'organiser ce banquet, ma première pensée fut qu'il devait être présidé par un chirurgien, soit de l'armée de terre, soit de la marine; mais on me fit remarquer que c'était plutôt le droit d'un médecin, parce que les devoirs de nos officiers de santé avaient été plutôt médicaux que chirurgicaux. On me dit, ce qui est absolument vrai, que 7,039 hommes sont entrés dans les hôpitaux en Egypte jusqu'au 8 novembre, et que dans ce nombre il y avait seulement 463 cas de chirurgie. »

L'aveu est précieux. Qui de 7.039 ôte 463, reste 6,596 malades. Or, comme l'effectif total de l'armée n'a jamais dépassé 20,000 hommes, il s'ensuit qu'un tiers environ de cette armée est entré à l'hôpital. L'armée anglaise n'a donc rien à envier à notre armée d'occupation en Tunisie.

Le président annonça, en outre, qu'il venait de recevoir des membres de la *Société médicale de l'armée de Berlin* un télégramme envoyant les compliments de ces messieurs à leurs confrères du banquet. Au moment où il est question dans les cercles politiques d'une alliance entre la France, la Russie, l'Italie et l'Angleterre contre l'Allemagne et l'Autriche, c'est le cas de se rappeler le fameux « Timeo Danaos » de Virgile.

Apprenons encore à nos lecteurs, s'ils l'ignorent, que quatre des membres les plus éminents du Corps médical anglais, Huxley, Josep Hooker, Spencer Wells et George Gulliver, sortent des rangs des médecins militaires. Comme ce détail a été rappelé par sir James Paget dans son toast, il n'y a pas à douter de son exactitude.

SIMPLISSIME.

Un médecin distingué, qui doit certainement avoir acquis une réelle expérience en matière de traitement maritime (1), puisqu'il a longtemps exercé les fonctions d'interne à l'hôpital de Berck, est allé jusqu'à dire en parlant du mode d'utilisation du sanatorium employé en Italie : « *Le système italien n'est pas seulement mauvais, il n'existe pas, en tant qu'œuvre hospitalière, c'est-à-dire d'humanité et de charité.* »

Je suis loin de m'associer à une pareille appréciation, dont l'injustice et l'exagération sont évidentes, mais il est fort douteux, je le répète, que la modification imprimée à l'économie puisse être assez profonde, après quelques semaines de séjour, soit pour mettre à l'abri d'une récidive les scrofuleux atteints de manifestations légères, soit pour prévenir tout accident scrofuleux chez les enfants simplement prédisposés ; et, pour ma part, il m'est arrivé bien souvent de voir, même dans la classe aisée, des enfants atteints d'engorgements ganglionnaires ou de scrofule légère, revenir entièrement guéris en apparence, après deux ou même trois mois de séjour à Biarritz, à Saint-Jean-de-Luz ou à Royan, et être repris des mêmes accidents l'année ou les années suivantes ; et j'ai bien des fois exprimé le regret qu'il n'y eût pas, pour la classe aisée, sur le bord de la mer, des établissements spéciaux où les parents pussent installer en toute sécurité, et sous la direction d'un médecin, leurs enfants lymphatiques ou à peine scrofuleux, pendant une année entière ou six mois au moins, ce qui serait assurément plus profitable que deux, trois ou même quatre saisons consécutives de deux mois chacune. A plus forte raison ces récidives doivent-elles se produire chez les enfants appartenant aux classes pauvres, et revenant forcément, en rentrant dans leurs familles, à des conditions d'existence et d'hygiène beaucoup moins favorables.

Il se pourrait d'ailleurs que la scrofule fût en elle-même moins profonde et moins résistante en Italie que dans d'autres pays d'Europe, comme permettrait de le croire le passage suivant d'un travail de M. Lombard (de Genève) : « En nous reportant à nos souvenirs d'Italie, dit ce savant médecin, nous croyons pouvoir affirmer qu'un grand nombre de scrofuleux peuplent les hôpitaux, et cependant leur mortalité est moins considérable qu'ailleurs, puisque nous n'avons trouvé à deux époques différentes que les 2mes6 et 2mes9 de la mortalité par scrofule pour la ville et la province de Turin. »

— Quoi qu'il en soit, quand les administrations hospitalières d'Italie auront trouvé assez de ressources pour augmenter suffisamment la durée du séjour et obtenir des résultats prophylactiques définitifs, elle auront rendu un grand service aux autres nations, car c'est seulement en suivant leur exemple et en faisant du sanatorium marin une institution d'hygiène préventive, que l'on pourra sérieusement viser à la régénération de l'espèce en relevant la vitalité amoindrie des enfants des villes. En France, l'administration de l'Assistance publique ne pouvait évidemment procéder autrement qu'elle ne l'a fait ; avant de songer à fonder des établissements d'hygiène préventive, il fallait commencer par procurer les secours de l'art aux enfants scrofuleux de la capitale, qui succombaient dans ses hôpitaux encombrés ou qui s'y éternisaient au détriment des nombreux malades atteints d'affections aiguës qui auraient pu plus utilement occuper leur place.

Or, en traitant les scrofuleux atteints de lésions profondes, en conservant la vie à un grand nombre de sujets atteints de caries, de nécroses des os longs, de tumeurs blanches ou de carie vertébrale, on multiplie le nombre des boiteux, des contrefaits et des difformes de toute catégorie, et on trouve en fin de compte, parmi ceux qui bénéficient du traitement, suivant la juste remarque de M. Arnould, bien peu de sujets destinés à se confondre dans les rangs de leurs contemporains, sans qu'il y paraisse au sortir de l'hôpital ; il est par conséquent très douteux qu'en rendant à la vie commune de pareils sujets, on contribue en quoi que ce soit à la régénération de la race, mais on remplit un devoir.

Or, en remplissant ce devoir social avec le zèle, l'ardent amour du bien public et le succès que vous connaissez, il se trouve que l'administration de l'Assistance publique de Paris aura du même coup posé les bases scientifiques et pratiques de l'organisation future en France, des institutions de prophylaxie marine, sur lesquelles nous devons beaucoup compter pour le relèvement de la validité physique des nouvelles générations. N'est-ce pas en effet par la publication et la vulgarisation des résultats obtenus dans les hôpitaux institués au point de vue du traitement curatif de la scrofule invétérée, comme celui de Berk-sur-Mer, qu'on pourra convaincre les familles de l'influence régénératrice et prophylactique du sanatorium marin, et les décider à y établir pendant de longs mois des enfants qui ne sont encore que des candidats à la scrofule, passez-moi le mot?

5° Enfin, Messieurs, si le temps ne nous pressait, j'aurais voulu attirer votre attention sur

(1) Love. *Loc. cit.*

un projet d'institution ayant pour but de répondre à un desideratum formulé déjà par l'illustre Michelet dans son beau livre sur *la Mer* (1).

Il importe en effet, après la guérison des enfants, pour compléter et assurer l'œuvre des Sanatoria maritimes et éviter les récidives, ainsi que le retour de la diathèse transformée en tuberculose, à l'époque de l'adolescence, de ne rendre au milieu urbain et industriel que le plus petit nombre de ses jeunes victimes, et de rechercher les moyens pratiques d'en déverser le plus grand nombre dans les professions maritimes et agricoles. Mais j'ai hâte de laisser la parole à nos savants collègues, MM. d'Espine et Pini, qui se sont fait inscrire pour prendre part à la discussion, et je termine en formulant les deux conclusions suivantes, qui se déduisent des considérations exposées dans la première partie de ce travail, et que je vous propose de voter :

CONCLUSIONS

1° Le Congrès d'hygiène de Genève, considérant que les établissements maritimes pour les enfants scrofuleux et rachitiques ont déjà rendu de grands services, tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif, mais que leur nombre est tout à fait insuffisant, invite les divers États et les administrations publiques à favoriser par tous les moyens dont ils disent, la création de nouveaux sanatoria maritimes.

2° Afin de rendre continue l'action du Congrès sur les progrès de ces institutions, l'Assemblée décide qu'il sera nommé un rapporteur chargé de se mettre en relation avec les médecins des établissements maritimes qui fonctionnent en Europe et en Amérique, et de recueillir et coordonner tous les documents relatifs à cette question. Il présentera dans la prochaine session du Congrès son rapport, qui sera adressé aux divers États et aux administrations publiques, à l'appui du vœu précédent.

La deuxième section vote ces deux conclusions à l'unanimité et décide qu'elles seront soumises, à cause de leur importance, au vote du Congrès tout entier, dans la dernière séance générale.

Le Congrès réuni en séance plénière adopte, dans sa réunion du samedi 9 septembre, les deux conclusions précédentes, et, sur la proposition de la deuxième section et de M. le professeur d'Espine, secrétaire, l'Assemblée désigne M. Armaingaud comme rapporteur général de cette question au prochain Congrès.

(1) Michelet. *La Mer*, 17e édition, page 426.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 décembre 1882. — Présidence de M. Jamin.

M. J. Bertrand dépose sur le bureau deux volumes, en langue italienne, de M. Antonio Favaro, intitulés : *Galilée et ses travaux à l'Académie de Padoue.* Ainsi que l'annonce le titre, il n'est question dans ces volumes que des travaux scientifiques de Galilée. Il n'est pas dit un mot des opinions religieuses ou philosophiques de l'illustre Italien, et il n'est pas fait la moindre allusion à son procès. Mais, comme le fait remarquer M. le secrétaire perpétuel, le procès n'aurait pas eu autant de retentissement, si les travaux de Galilée n'avaient pas été considérables, et il y a un intérêt de premier ordre à bien connaître ces travaux. Dans la préface biographique qui sert d'introduction à l'ouvrage, l'auteur a consigné deux faits qui avaient échappé aux recherches de ses prédécesseurs : le premier, c'est qu'à l'âge de 18 ans, Galilée fut atteint d'une ophthalmie grave qui l'obligea à se retirer pendant assez longtemps au couvent de Valombrosa ; le second qui se rapporte à une époque plus avancée de sa vie, c'est la dénonciation dont il fut l'objet auprès de la seigneurie de Padoue, comme entretenant dans cette ville un ménage irrégulier. Le dénonciateur espérait ainsi lui faire perdre sa place de professeur. Mais la seigneurie répondit qu'une telle condition entraînait pour lui de plus grands frais, et elle augmenta ses appointements. Voilà une réponse qui ne manque pas d'imprévu.

M. Pasteur communique le relevé statistique des résultats obtenus par les vaccinations préventives contre le charbon, dans le département d'Eure-et-Loir. Les inoculations ont été pratiquées sur 85,000 animaux, et les chiffres montrent que les affections charbonneuses qui faisaient périr les animaux dans la proportion de 9 p. 100 avant les inoculations, n'en font plus périr que 0,75 p. 100 depuis qu'on les vaccine.

M. de Quatrefages, au nom de M. Milne-Edwards que la maladie retient encore chez lui,

expose qu'il s'est formé à Londres une commission pour élever un monument à la mémoire de Darwin. Il s'en est également formé une à Paris, et M. Milne-Edwards en est le président. Cette commission parisienne, dit M. de Quatrefages, décline toute espèce de solidarité avec les idées philosophiques ou doctrinales de Darwin; elle entend seulement honorer le grand naturaliste qui a consacré toute sa vie à la science, et qui a ouvert à l'observation des voies nouvelles. En conséquence, elle demande à l'Académie l'autorisation d'ouvrir dans son sein une souscription. Rien de plus. Cette autorisation est accordée.

M. Dumas, à ce propos, annonce que la ville de Besançon ouvre aussi une souscription pour élever un monument au marquis de Jouffroy et il engage ses collègues à y participer.

M. le président rappelle que le jour de Noël et le jour de l'An tombant un lundi, l'Académie, selon l'usage, tiendra ses séances les mardis 26 décembre et 2 janvier prochains. Et les personnes qui ont coutume d'assister aux séances de l'Académie des sciences et à celles de l'Académie de médecine, comment vont-elles faire?

M. Paul Bert énonce sommairement le résultat de quelques expériences et de quelques observations relatives à la rage. Le sang d'un chien enragé ayant été transfusé à un chien sain, ce dernier n'est pas devenu malade; l'expérience a maintenant une année de date; — la salive d'un chien enragé, inoculée, ne communique pas la rage : c'est l'écume provenant des bronches qui donne la rage; — mais si la salive ne transmet pas la rage, elle amène, aux points où elle a été inoculée, des décollements si considérables que la mort peut s'ensuivre; — la salive d'un animal enragé transforme l'amidon en glucose comme la salive physiologique : elle n'a donc pas subi d'altération.

La bave des chiens enragés, filtrée à travers du plâtre et inoculée, est inoffensive, tandis que la partie restée sur le filtre donne la rage. C'est ce qui prouve, conclut M. Paul Bert, que cette terrible maladie est due à la présence d'un microbe, comme l'a annoncé M. Pasteur.

M. Pasteur, au nom de MM. Straus et Chamberland, dépose une note sur le passage possible de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus. Le fait a longtemps été nié; mais il est maintenant mis hors de doute. Toutefois, il n'est pas constant. M. Pasteur incline à croire que la difficulté du passage des bactéridies agit à la façon d'une vaccination et doit préserver les fœtus ainsi inoculés. Les observations ont été faites sur la brebis.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Pseudo-scarlatines blennorrhagiques, par MM. Landouzy et Ballet. — Les éruptions scarlatiniformes se rencontrent dans tous les états infectieux et, à ce point de vue, les faits signalés par MM. Ballet et Landouzy confirment l'opinion de M. Fournier, qui regarde la blennorrhagie comme une maladie susceptible de se généraliser et de donner lieu à des manifestations analogues à celles des états constitutionnels.

Le malade de M. Landouzy avait présenté un érythème rouge framboise, siégeant principalement sur les plis articulaires. Le thermomètre s'était élevé à + 39°, mais il n'existait ni angine, ni desquamation. On ne pouvait enfin considérer cette éruption comme un érythème copahique. (*Gaz. des hôp.*, n° 110; 1882.)

Le malade de M. Ballet présentait des manifestations locales et générales analogues. (*Archives gén. de méd.*, septembre 1882. — *Pseudo-scarlatine et pseudo-rougeole; éruptions scarlatiniformes et rubéoliformes au cours de l'état infectieux.*) Ces fausses scarlatines ne sont donc pas sans analogie avec les *éruptions scarlatiniformes du puerpérisme infectieux* et du rhumatisme, dans lequel on a admis une sorte d'état infectieux de l'organisme. (Voir Maclagan, *Rheumatism its nature*, etc., London, 1881; p. 20 et 26.)

Le muguet et son traitement étiologique ou hygiénique et médical, par M. le docteur Archambault. — Les conditions pathogéniques du développement de l'oïdium du muguet sont locales (irritation ou inflammation de la muqueuse buccale, imbibée de liquides acides), ou générales (débilité congénitale ou acquise par une mauvaise alimentation, athrepsie).

Le *traitement étiologique*, quand la mère nourrit son enfant, consiste à s'assurer que les bouts du sein sont bien faits et que l'enfant tette une suffisante quantité de lait. Dans le cas contraire, on doit faire teter la mère par un vigoureux nourrisson dont la propre mère servira de nourrice au jeune enfant, jusqu'au jour où les bouts de sein seront bien formés et la montée du lait complète. La nourrice est-elle mercenaire? c'est alors que le lait de cette femme ne convient pas à l'enfant.

L'allaitement au biberon est la cause la plus fréquente du muguet par défaut de précau

tion de ceux qui l'emploient. On doit éviter de couper le lait avec des substances féculentes et donner une bonne nourrice à l'enfant atteint de muguet rebelle.

Le traitement médical doit consister dans l'usage de l'eau de chaux et de l'eau de Vichy ; celle-ci peut être administrée à l'aide d'une poire en caoutchouc, dont l'extrémité introduite entre les lèvres de l'enfant opère une sorte de lavage de la bouche et de l'estomac. Les topiques consisteront dans des collutoires au borax et au bicarbonate de soude, dont l'excipient sera la glycérine qui est préférable aux substances sucrées et fermentescibles. (*Le Praticien*, p. 341, 17 juillet 1882.)

De l'emploi de la nitro-glycérine contre les convulsions puerpérales, par le docteur W.-E. Green. — Dans les deux cas de convulsions puerpérales, le docteur Green a fait usage de huit minimes de nitro-glycérine en dissolution dans une once d'eau. Cette dose était administrée d'heure en heure à ces malades chez lesquelles les convulsions s'étaient déclarées à la suite de l'accouchement. Elles cessèrent après l'administration de quatre ou cinq de ces doses. L'urine contenait de l'albumine. D'après l'auteur, cette substance devrait prendre place à côté du chloral, du chloroforme et de l'opium comme médicament vasculaire destiné à combattre l'anémie cérébrale. (*Brit. med. Journ.*, 22 avril 1882.)

Observation d'incubation prolongée de vaccin, par M. le docteur Hélot. — L'observation est celle d'un enfant qui fut inoculé avec du vaccin du septième jour le 25 novembre 1881. L'incubation dura jusqu'au 12 décembre. On constata alors que la vaccination était légitime, car le virus des pustules fut inoculé à d'autres enfants et donna des résultats favorables. Le docteur Hélot signale ce fait de vaccine anormale et tardive et se déclare impuissant à en donner l'explication. (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, 1882, p. 34.)

De l'emploi de l'acide phénique dans le traitement abortif des éruptions varioliques, par le docteur Makuna. — Dans cette communication à la Société médico-chirurgicale de Londres, le docteur Makuna rappelle que le docteur Eudes de Norwich en 1878, et depuis le docteur J. Payer, ont fait un heureux usage de l'acide phénique pour la cautérisation des pustules de la petite vérole. Sous l'influence d'une application, sur les pustules de la face et, du quatrième ou cinquième jour, on observait une atténuation de l'éruption, tandis que sur les autres parties du corps l'exanthème suivait sa marche habituelle. La maturation avait lieu plus ou moins tardivement. (*The Lancet*, 13 mai 1882.) — C. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 8 au 14 décembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,094. — Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 7. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 43. — Dysenterie, 0. — Érysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchites aiguës, 45. — Pneumonie, 75. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 36 ; au sein et mixte, 25 ; inconnus, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 105 ; circulatoire, 70 ; respiratoire, 93 ; digestif, 44 ; génito-urinaire, 17 ; de la peau et du tissu lamineux, 4 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Après traumatisme, 6. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 50e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,231 naissances et 1,094 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,002, 1,071, 1,064, 1,135. Le chiffre de 1,094 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les Affections épidémiques, fait ressortir :

Une atténuation pour la Fièvre typhoïde (49 décès au lieu de 62) pendant la 49e semaine.

Une aggravation pour la Diphthérie (43 décès au lieu de 34).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 7 décès par Variole (au lieu de 9), 16 par Rougeole (au lieu de 14), 3 par Scarlatine (au lieu de 4), 4 par Infection puerpérale (au lieu de 5).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Fièvre typhoïde (171 malades reçus du 4 au 10 décembre, au lieu de 185 entrés pendant les 7 jours précédents), et supérieur pour la Variole (17 au lieu de 14), et pour la Diphthérie (18 au lieu de 17).

Comme on vient de le voir, le nombre des décès par Fièvre typhoïde a encore diminué cette

semaine; les admissions dans les hôpitaux, qui ont également décru, se maintiennent pourtant au-dessus du chiffre moyen qu'elles atteignent dans les semaines ordinaires.

Au sujet de la Fièvre typhoïde, nous croyons devoir appeler l'attention sur l'immunité relative dont a joui la garnison durant l'année 1882. Tandis que cette affection a causé parmi la population civile 1,000 décès environ de plus qu'en 1880 et 1881, la population militaire, malgré le tribut payé par elle à l'épidémie régnante, a compté un nombre de victimes bien inférieur à celui enregistré pour les années précédentes. C'est ce qui résulte du relevé suivant :

	1880	1881	1882 Moins les résultats des deux dernières semaines.
Population civile.......	1856	1889	2987
Population militaire....	264	232	161

Ainsi, pendant ces trois années, le chiffre des décès typhoïdiques a toujours été en augmentant pour la population civile et il a, au contraire, diminué dans des proportions remarquables pour la population militaire.

Si, comme nous le croyons, le chiffre de la garnison parisienne n'a subi, durant cette période, que des variations sans importance et si, d'autre part, les soldats atteints d'affections épidémiques ont continué à être dirigés, comme par le passé, sur les hôpitaux intramuros, les chiffres accusés par ce relevé méritent d'appeler l'attention. La diminution de la mortalité ne pourrait être, en effet, que le résultat de mesures d'hygiène mieux appliquées ou mieux comprises et il y aurait sans doute, dans la connaissance des moyens employés, des enseignements dont on pourrait tirer profit pour la santé de la population tout entière.

Dr BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

La Faculté de médecine de Paris sera fermée, à l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les 25 et 26 décembre, les 1er, 2, 3 janvier prochain.

— Dans sa séance du 14 décembre 1882, le conseil de surveillance des hôpitaux de Paris a décidé qu'il ne serait créé, à la maternité de Cochin, ni service de gynécologie, ni consultation externe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur André, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc.

Notre jeune confrère, ancien interne de Maréville et de Fains, avait soutenu, en 1879, devant la Faculté de médecine de Nancy, une thèse intéressante sur le *chloral, propriétés et applications au traitement des maladies mentales*. Ce travail contient notamment une série d'expériences physiologiques avec analyse chimique du sang (gaz, etc.), de l'air expiré.

Les obsèques de notre confrère ont eu lieu à Courcelles-Chaussy (Moselle annexée), où son père exerce la médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Lamic, licencié ès sciences naturelles et pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur Royer (Alphonse) est nommé pour deux ans chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Brun, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Mondan (Gabriel) est nommé chef des travaux de chirurgie (emploi nouveau).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le professeur Chédevergne est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Guérineau, décédé.

— Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1881-1882 :

Étudiants en médecine. — Deuxième année, médaille d'argent : M. Dulin. — Première année, médaille d'argent : M. Thiéry; médaillle de bronze : M. Begusseau.

Étudiants en pharmacie. — Deuxième année, médaille de bronze : M. Delière. — Première année, médaille de vermeil : M. Quenille; médaille d'argent : M. Dupain; médaille de bronze : M. Chaîne. — Prix des travaux pratiques, médaille d'argent : M. Dupain; médaille de bronze : M. Chaîne. — Livres : MM. Quenille et Audinet.

— Par décret en date du 10 décembre 1882, M. Ribadieu (Jules-Auguste-Robert), médecin-

major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été élevé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de santé de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

— La Société de biologie vient de décerner le prix Godard à M. F. Lalesque. — Elle a accordé, en outre, deux mentions et une citation : la première mention (*ex æquo*), à MM Ballet et Leloir ; la deuxième mention, à M[lle] Skwortzoff ; la citation, à M. Blaise.

— M. le Ministre des affaires étrangères vient de nommer un agent sanitaire français à la Mecque, où les pèlerinages sont une cause de choléra. Le gouvernement a choisi, pour remplir cette fonction, un médecin de nationalité arabe, M. le docteur Taïeb-Ould-Morsly.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jacquemet, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire d'histoire naturelle.

M. le docteur François est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Lannegrace, appelé à d'autres fonctions.

Les logements insalubres en Angleterre.—Il n'y a guère plus d'une quinzaine d'années que la législation anglaise se préoccupe de la question si grave, au point de vue de l'hygiène et même de la moralité, des logements insalubres. Les *acts* de 1868 et de 1875, qui avaient pour objet de remédier à un état de choses vraiment intolérable (ceux qui ont parcouru les *lanes* de Londres ou d'autres villes manufacturières peuvent seuls en juger), ont conféré aux autorités locales des pouvoirs étendus. Ils leur imposent d'améliorer, au besoin de détruire les habitations insalubres et de les remplacer, dussent-elles exproprier les maisons et contracter un emprunt pour les reconstruire. Ces lois, dont on espérait beaucoup, sont restées à peu près lettre morte, notamment à Londres. Quelle est la cause de cet insuccès ? C'est ce qu'a été chargée de rechercher une commission spéciale (*Select commitee on artisan's and labourer's dwellings*) dont le rapport vient d'être publié.

Le grand obstacle à l'assainissement de Londres est l'obligation imposée à l'administration de pourvoir, lorsqu'elle fait procéder à la démolition d'habitations insalubres, à la reconstruction de logements d'ouvriers en nombre au moins équivalent à celui des logements supprimés. Cette reconstruction doit être faite à peu près sur le même emplacement. Les petits logements étant à Londres d'un mauvais rapport, il en résulte que l'assainissement est une opération onéreuse devant laquelle recule l'autorité locale. Quelques chiffres permettront mieux d'apprécier. Le bureau métropolitain des travaux a supprimé, par application des *acts*, 14 groupes d'habitations insalubres, d'une superficie totale de 42 acres, habitées par 20,335 personnes. Le prix d'acquisition s'est élevé à 1,581,336 liv. Deux ou trois acres seulement ont pu être distraits pour le commerce et ont produit une somme de 109,000 liv. Tout le reste a dû, suivant les prescriptions de la loi, être vendu sous la condition qu'on y élèverait des maisons destinées à loger des ouvriers. On n'a pu en retirer que 370,000 liv. L'opération présente donc pour les contribuables un déficit de 1,102,336 liv., soit 70 p. 100 de la somme dépensée.

La commission fait observer que la même difficulté se rencontre lorsqu'il s'agit d'ouvrir une rue. D'après les lois de 1872 et de 1877, lorsque le percement d'une voie publique a pour conséquence de supprimer des logements d'ouvriers, le bureau métropolitain des travaux doit acheter des terrains voisins et y faire construire d'autres logements pouvant recevoir la population pauvre privée de son domicile. C'est une disposition très philanthropique, inspirée par cette considération que l'on doit assurer à l'ouvrier un nouveau logement, situé à proximité du centre de ses occupations. Mais l'application en est ruineuse, toutes les fois que la rue à ouvrir traverse les îlots peuplés de nécessiteux et situés dans un quartier généralement riche ou seulement commerçant. Souvent même, dans ce cas, l'autorité locale se heurte à une impossibilité et les améliorations de voirie les plus vivement réclamées, les plus utiles, au point de vue de l'hygiène et de la circulation, sont rendues impraticables.

La commission conclut en demandant que la législation soit amendée sur ces deux points.

(*Revue générale d'administration*. — Ministère de l'intérieur.)

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1882,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 novembre 1882 (1),

Par le docteur Du Castel, médecin du Bureau central.

Juillet, Août et Septembre.

IV. — Fièvre typhoïde (suite).

Hôpital des Enfants. — Service de M. Labric, M. Geffrier, interne. « En juillet, 3 cas; août, 17; septembre, 19. — Total : 39.

Pas un seul cas n'a été suivi de mort.

Un grand nombre de fièvres typhoïdes ont été remarquablement légères, surtout en août, au début de l'épidémie qui règne encore.

Au point de vue de l'âge, voici comment se répartissent nos 39 cas :

Forme légère (31) : de 3 à 6 ans, 6; de 6 à 9 ans, 7; de 9 à 12 ans, 12; de 12 à 15 ans, 6. — 28 sont sortis guéris; 3 sont encore en traitement le 15 octobre.

Forme grave (8) : de 3 à 6 ans, 2; de 6 à 9 ans, 0; de 9 à 12 ans, 1; de 12 à 15 ans, 5. — 5 sont sortis guéris après un temps qui a varié de 6 à 10 semaines; 3 sont encore en traitement le 15 octobre. »

Hôtel-Dieu. — Service de M. Moutard-Martin, suppléé par M. Rathery, médecin du Bureau central, du 12 août au 15 octobre.

« Le mouvement des entrées des malades atteints de fièvre typhoïde a été le suivant :

Août, première quinzaine, 7 hommes, 1 femme : 8; — deuxième quinzaine, 7 hommes, 1 femme : 8; total : 16.

Septembre, première quinzaine, 3 hommes, 4 femmes : 7; — deuxième quinzaine, 9 hommes, 3 femmes : 12; total : 19.

Octobre, première quinzaine, 12 hommes, 5 femmes : 17. — Total général : 52.

A ce nombre, il faut ajouter plusieurs cas de formes abortives ou très légères qui ne figurent point au tableau précédent.

La proportion des entrées a donc suivi une progression croissante depuis le 1er août jusqu'au 15 octobre. Par suite du séjour prolongé des malades en cours de traitement au 15 octobre, près des deux tiers des malades traités dans le service se trouvaient être des typhoïdiques. Il se produisit alors un véritable encombrement malgré l'usage de nombreux lits supplémentaires (dits brancards) et même de simples matelas posés à terre dont, malgré nos demandes réitérées, nous ne pûmes obtenir la suppression.

Sexe. — Remarquons le nombre relativement peu élevé des femmes atteintes, surtout au début de l'épidémie.

Age. — Relativement à l'âge, les malades se répartissent de la manière suivante :

16 cas chez des individus âgés de 15 à 20 ans; — 12 cas de 20 à 25 ans; — 3 cas de 25 à 30 ans; — 8 cas de 30 à 35 ans; — 4 cas au-dessus de 35 ans.

Les malades les plus âgés avaient 41 et 49 ans.

Acclimatement. — Les individus arrivés depuis peu à Paris ont été atteints dans une forte proportion. Sur 34 malades interrogés à ce point de vue, 2 seulement avaient habité constamment Paris depuis leur naissance.

Contagion. — Dans quelques cas seulement nous avons appris l'existence antérieure de fièvres typhoïdes dans la maison ou dans la famille des malades. On sait, du reste, combien le milieu nosocomial se prête peu à ce genre de recherches. On est au contraire très bien placé à l'hôpital pour observer les cas de contagion, chez des malades traités dans le service

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 novembre et 10 décembre.

pour d'autres affections. Ces cas intérieurs, malgré le grand nombre des typhoïdiques, se trouvant en même temps dans les salles, ont été très exceptionnels dans le cours de cette épidémie, surtout si on se reporte à ce qui arrive en semblables circonstances pour d'autres maladies. C'est ainsi que dans un service voisin (service de M. Gallard, dont je fus également chargé pendant les vacances), nous pûmes observer une série de cas d'érysipèles se propageant de lit en lit, à l'occasion d'un premier cas d'érysipèle de la face, entré dans le service au mois de septembre. En ce qui concerne la dothiénentérie, un seul cas pourrait à la rigueur être considéré comme contracté dans les salles. Il s'agit d'un infirmier d'un service voisin, traité dans nos salles pour une gastrique chronique, qui, huit jours à peine après son admission, fut pris des symptômes de la fièvre typhoïde. Encore le peu de temps écoulé entre l'entrée du malade dans notre service et l'apparition des premiers symptômes ne permet-il point d'affirmer que cet individu ne portât point le germe de la maladie antérieurement à son entrée. D'ailleurs, un fait isolé ne saurait avoir aucune valeur au point de vue de la contagion possible de malade à malade, le séjour à l'hôpital n'étant en aucune manière un préservatif contre l'influence épidémique qui règne d'une manière générale en ce moment à Paris.

Symptômes. — Les formes d'intensité moyenne ont dominé. Il y a même eu un assez grand nombre de formes abortives ou très légères.

Au point de vue de la terminaison, nous ne saurions établir une moyenne bien exacte entre les cas terminés par la mort et les cas terminés par la guérison, plusieurs des malades morts ou sortis guéris, pendant le mois d'août, étant entrés à l'hôpital antérieurement à mon arrivée, et un grand nombre d'autres, entrés du 15 septembre au 15 octobre, étant encore en voie de traitement au moment où j'ai quitté le service. Quoi qu'il en soit, j'ai eu 7 décès ainsi répartis :

2 malades, morts en pleine évolution de la maladie (forme ataxo-adynamique);
2 id. id. id. id. (forme hyperthermique);
1 femme, morte quelques heures après son entrée (forme cholériforme);
1 malade, mort à une période avancée de la maladie (complication de phlegmatia alba dolens et d'érysipèle);
1 cas de mort subite, chez un homme touchant à la période de convalescence (à l'autopsie, on n'a trouvé, pour expliquer la mort, qu'un léger degré de dégénérescenee graisseuse des fibres musculaires du cœur).

Au point de vue des symptômes, l'évolution de la maladie a été régulière dans la majorité des cas.

Nous noterons la fréquence des épistaxis au début, la rareté des taches rosées lenticulaires. Chez un grand nombre de malades, on a eu beaucoup de peine à constater la présence de deux ou trois taches; chez la plupart, l'éruption resta très discrète; chez 2 seulement, elle fut abondante.

Les formes thoraciques ont été rares. Vers la fin, toutefois, nous avons observé plusieur cas de congestion pulmonaire intense surtout chez les femmes.

Comme complication, nous noterons deux cas d'hémorrhagie intestinale sans gravité, 2 cas de phlegmatia alba dolens. Nous avons observé 4 rechutes dues presque toujours à des écarts de régime.

Comme *traitement* habituel, nous avons employé les purgatifs répétés tous les cinq ou six jours, les toniques (potion de Tood avec 1 gramme d'extrait de quinquina). Dans les cas où le thermomètre accusait une élévation de température un peu notable, je donnais le sulfate de Omnine à dose variant de 0 gr. 50 à 1 gram., et je prescrivais des lotions froides. Dans 2 cas à forme hyperthermique, je prescrivis sans succès l'acide salicylique suivant la formule de M. Vulpian à la dose de 5 grammes. Dans deux ou trois circonstances où les selles étaient extrêmement fétides, j'ai prescrit avec avantage l'emploi de lavements contenant 0 gr. 50 d'acide phénique, mais seulement à titre de désinfectants et en ayant soin de faire suivre le lavement phéniqué par l'administration d'un grand lavement d'eau.

Hôpital Tenon. — Service de M. Rendu : « 23 cas : 17 hommes et 6 femmes. Sur ces 23 cas, nous avons eu 20 guérisons et 3 morts. Les 3 décès ont eu lieu chez les hommes. Dans 2 cas, la mort a été amenée par une perforation intestinale vers le dix-huitième jour de la maladie; dans le troisième, le sujet a succombé le dix-septième jour de l'affection avec des accidents convulsifs que l'autopsie a pu attribuer à une méningite exsudative des plus nettes.

Les autres cas, au nombre de 20, ont été constatés chez des sujets entre 16 et 40 ans, qui, pour la plupart, habitaient Paris depuis plusieurs années. En remontant à l'origine du mal, on arrive sans trop de peine à trouver que la *majorité de nos typhoïques ont été atteints dans les premiers jours du mois d'août.* La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de vingt jours.

Nous notons peu de complications. Signalons cependant une rechute qui d'ailleurs fut bénigne, et un autre cas, plus intéressant chez un Italien; il se produisit une parotidite gauche vers le dixième jour de la maladie. La parotide fut incisée, et on fut ensuite obligé d'ouvrir encore plusieurs abcès développés dans la région sous-maxillaire gauche.

Le traitement a consisté pour la plupart en : des purgatifs tous les deux jours, alternant avec des lavements qui renfermaient 1 gramme d'acide phénique. Un très grand nombre de ces lavements phéniqués ont été administrés, et jamais nous n'avons constaté le moindre accident.

Quelques malades ont été traités par le salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour. Ce médicament nous a semblé donner de bons résultats en abaissant sensiblement la température dans la majorité des cas. »

HÔPITAL TENON. — Service de M. Tenneson : « Total 24; sortis guéris, 21; morts, 3, dont 1 par suite d'hémorrhagies intestinales. Mortalité, 1 par 8.

Au mois d'août, le nombre des fièvres typhoïdes s'est élevé brusquement. Il ne s'abaisse pas. Mes salles contiennent actuellement 22 typhoïdes, qui n'entrent pas dans la statistique précédente.

La plupart des cas se ressemblent par leurs caractères négatifs : ni stupeur, ni symptômes nerveux, pas de météorisme, pas de diarrhée, quelquefois pas de taches et pas de bronchite, fièvre autour de 40° le soir et de 39° le matin, durant un mois ou plus, et guérissant sous l'influeuce d'un traitement simplement hygiénique.

La durée de la maladie contraste avec le peu de développement des symptômes. Cette durée n'est pas abrégée par les antipyrétiques. »

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. Cadet de Gassicourt : « La fièvre typhoïde, qui prend actuellement les allures d'une véritable épidémie, apparaissait à peine au mois de juillet, où 3 cas seulement signalaient sa présence. En août, leur nombre s'accroissait brusquement et montait à 16; mais, en septembre, il retombait à 9. Ce n'était qu'une accalmie trompeuse, et l'épidémie devait bientôt redoubler de violence, comme nous le voyons aujourd'hui; mais, au moment qui nous occupe, rien ne faisait prévoir un si prochain et si redoutable avenir.

Les allures de la maladie étaient, d'ailleurs, fort douces. Les phases de la dothiénentérie se déroulaient avec une régularité et une tranquillité remarquables. Tout au plus pouvait-on noter au début, et dans trois ou quatre cas seulement, une détermination quelque peu excessive du côté des organes respiratoires; mais ces bronchites et ces congestions disparaissaient bientôt, et la fièvre typhoïde suivait alors un cours plus ou moins rapide, mais toujours heureux. Les 28 malades ont guéri. »

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Zuber : « Les entrées, pendant le trimestre juillet-octobre, atteignent le chiffre considérable de 56, ayant fourni 3 décès et 21 guérisons.

32 malades restent en traitement à la date du 1er octobre.

Les embarras gastriques, dont il a été impossible de démontrer la nature typhoïde, sont au nombre de 8. Le maximum des entrées s'est produit fin août et fin septembre.

Les cas ont été généralement bénins et d'un pronostic favorable malgré quelques récidives. On a constaté deux fois que l'affection se compliquait de plaques pharyngiennes d'un blanc éclatant que je considère comme une manifestation atténuée de la diphthérie (diphthérie catarrhale des Allemands). Les deux cas ont été remarquables par leur gravité.

On a noté aussi la fréquence de l'albuminurie. Dans un quart des cas, c'est-à-dire dans une proportion inusitée, la quantité d'albumine était considérable. Par contre, les complications thoraciques graves ont été fort rares.

Les trois décès ont été la suite de l'évolution elle-même de la maladie, extrêmement grave d'emblée. Dans un cas, l'autopsie nous a permis de constater une curiosité anatomique qui nous donnait la solution d'un fait qui nous avait fort intrigué. Le lobe supérieur du poumon gauche est complètement atrophié et atteint à peine le volume d'un œuf. En ce point, on avait constaté pendant la vie des signes cavitaires qui avaient fait penser un instant à une lésion tuberculeuse.

HÔPITAL TROUSSEAU. — Service de M. Bergeron, suppléé par M. Moizard : « Dans le troisième trimestre, 86 cas de fièvres typhoïdes ont été traités dans le service; 34 garçons et 52 filles.

Sur ces 86 cas, il y a eu 2 décès : l'un survenu chez un garçon de 12 ans qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, a pris la diphthérie et à succombé quelques jours après l'opération de la trachéotomie;

L'autre chez une fille de 14 ans, morte dans le collapsus, et à l'autopsie de laquelle on a constaté une friabilité excessive avec dégénérescence graisseuse de la fibre cardiaque.

En somme, si les cas de fièvres typhoïdes ont été très nombreux, ils ont été bénins; et des cas signalés ci-dessus un seul peut être mis au compte de la maladie.

Un autre fait qu'il est utile de signaler, est la rareté des complications pulmonaires pendant ce troisième trimestre. Non-seulement j'en ai observé très peu, mais encore celles que j'ai vues n'ont point eu de gravité, alors que pendant le premier trimestre de cette année M. Bergeron en avait observé assez souvent, ces complications ayant pris dans plusieurs cas un caractère d'excessive gravité.

La bénignité relative de la maladie chez les enfants s'est donc une fois de plus vérifiée.

En même temps que j'observais ces cas nombreux de fièvre typhoïde, j'avais à traiter dans les salles 22 embarras gastriques, tous terminés par la guérison, mais dont plusieurs ont présenté au début quelques symptômes qui auraient pu faire craindre une fièvre typhoïde. »

Tableau comparatif de la marche des principales affections contagieuses dans les différents arrondissements de Paris pendant le troisième trimestre 1882.

MALADIES : FIÈVRE TYPHOÏDE, DIPHTHÉRIE, VARIOLE.	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Popincourt.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	Domiciliés hors Paris.	TOTAUX MENSUELS
Fièvre typhoïde.																						
Juillet	3	6	4	10	6	6	8	5	9	**11**	**15**	7	3	2	11	6	7	**18**	10	3	9	159
Août	7	14	10	12	12	9	11	3	12	**32**	**35**	25	13	6	23	6	9	**32**	29	15	17	332
Septembre	4	7	4	10	12	8	13	11	9	19	**25**	11	7	2	7	8	**33**	**36**	33	17	13	289
Totaux	14	27	18	32	30	23	32	19	30	62	75	43	23	10	41	20	49	86	72	35	39	780
Diphthérie.																						
Juillet	1	7	10	9	13	6	3	1	2	7	**15**	9	9	**21**	**14**	1	6	10	9	8	4	165
Août	4	5	6	**10**	8	1	4	1	3	5	**11**	8	6	**21**	5	1	**10**	7	**10**	**10**	8	144
Septembre	1	1	3	5	3	2	4	1	2	7	9	6	**10**	**14**	9	3	3	9	**13**	**10**	8	123
Totaux	6	13	19	24	24	9	11	3	7	19	35	23	25	56	28	5	19	26	32	28	30	432
Variole.																						
Juillet	»	»	1	1	2	»	1	»	»	**7**	**8**	**9**	»	2	1	»	4	5	5	»	3	49
Août	1	»	»	2	»	»	1	1	1	**3**	2	**8**	»	**4**	»	»	2	2	2	2	1	32
Septembre	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	**3**	**6**	»	1	»	1	»	1	**3**	7	2	28
Totaux	1	»	1	4	3	1	2	1	1	11	13	23	»	7	1	1	6	8	10	9	6	109

Mortalité, à Paris, des principales maladies contagieuses épidémiques pendant le troisième trimestre des cinq dernières années.

MALADIES.	1878	1879	1880	1881	1882
Variole	19	158	**449**	211	109
Scarlatine	22	22	123	**166**	40
Fièvre typhoïde	280	292	365	435	**780**
Diphthérie	368	407	497	**536**	432

V. — RHUMATISME.

HÔPITAL COCHIN. — Service de M. Bucquoy : « Nous avions signalé dans le second trimestre la fréquence du rhumatisme articulaire aigu. Les cas de rhumatisme ont encore été assez nombreux pendant celui de juillet à octobre ; seulement les formes aiguës ont été plus rares. 6 cas de rhumatisme articulaire aigu, 4 de rhumatisme articulaire subaigu, 2 rhumatismes blennorrhagiques, 4 rhumatismes chroniques et 5 cas de rhumatisme surtout musculaire. En tout : 21 rhumatisants, 16 hommes et 5 femmes, chez lesquels quatre fois seulement il a été noté des complications cardiaques. Ce fait est en rapport avec la loi de Bouillaud et la fréquence plus grande de l'endocardite dans les formes aiguës du rhumatisme. »

HÔPITAL BEAUJON. — Service de M. Millard : « Le temps humide et relativement froid qui a régné pendant toute la durée du trimestre explique que nous ayons eu à traiter 15 cas de rhumatisme articulaire, 10 hommes et 5 femmes ; les rechutes ont été fréquentes, de même que les complications viscérales ; tous ont guéri lentement, à l'exception d'une femme qui est morte de tuberculose pulmonaire. »

VI. — AFFECTIONS PUERPÉRALES.

HÔPITAL TENON. — Service de M. Rendu.

Juillet. — 44 accouchements ; 1 mort de scarlatine compliquée d'albuminurie.

Parmi les cas graves *suivis de guérison* :

1 cas de rétrécissement pelvien avec éclampsie et albuminurie. Céphalotripsie, délivrance artificielle ; plus tard développement d'un phlegmon iliaque ouvert par le bistouri. Guérison (pansement de Lister).

1 adhérence de placenta (guérison par injections chaudes intra-utérines phéniquées).

1 version pour présentation de l'épaule.

1 présentation de la face (accouchement sans intervention).

1 hémorrhagie *post mortem*.

Août. — 42 accouchements ; 1 mort (femme amenée avec une rupture utérine, suite des manœuvres d'une sage-femme qui a été mise en interdit à la suite de ce fait).

Les cas remarquables de ce mois ont été les suivants :

1 hémorrhagie *post mortem* (guérison par injection d'eau très chaude).

1 présentation du siége.

1 accouchement gémellaire.

1 éclampsie (guérison ; saignée, chloral).

1 céphalotripsie par procidence du bras et du cordon, la tête étant enclavée, et la version impossible.

Septembre. — 41 accouchements ; 1 mort. Placenta prœvia : 4 hémorrhagies antérieures à son entrée à l'hôpital. Tamponnement. Version : mort de syncope, trois heures après l'accouchement.

Cas remarquables pendant cette période :

1 accouchement gémellaire.

1 rétention d'une portion du placenta (injections intra-utérines phéniquées).

1 endométrite avec lochies fétides (même traitement).

1 angine diphthéritique intercurrente (guérie), contractée d'un premier enfant mort du croup.

Total du trimestre : 127 accouchements ; 3 morts. Pas un seul cas de fièvre puerpérale.

VII. — AFFECTIONS INTESTINALES.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. Desnos : « J'ai observé deux cas de choléra dans mon service à l'hôpital de la Charité à la fin du mois de septembre.

Un de ces cas est venu du dehors ; il s'était développé chez un employé de l'Administration des postes, malade depuis trois jours quand il a été apporté à l'hôpital. Les évacuations avaient cédé spontanément avant son arrivée ; il ne présentait plus qu'à un degré moyen l'ensemble des phénomènes circulatoires désignés sous le nom de phénomènes cholériques. Ces phénomènes ont cédé rapidement et facilement.

Le second cas s'est développé dans la salle chez un homme depuis longtemps en traitement pour un rhumatisme chronique. A ce moment-là, il ne prenait pas de médicaments. Ce cas a été plus violent que le premier, tant au point de vue du nombre, de la fréquence et de la ténacité des évacuations (vomissements, diarrhée) que des phénomènes cholériques proprement dits. Il a fallu lutter pendant plusieurs jours, et parfois avec désavantage, pour maîtriser évacuation et phénomènes cholériques.

Il est bien entendu que je considère ces deux cas comme des cas de choléra nostras, dont la cause, du reste, n'a pu être saisie en dehors des influences atmosphériques. »

APPENDICE

Aperçu des principales maladies régnantes observées dans diverses villes de France pendant le troisième trimestre de 1882.

AURILLAC. — M. RAMES.

Relevé des deuxième et troisième trimestres de l'année 1882.

« L'*état météorologique* du 2e et du 3e trimestre de l'année 1882 peut être caractérisé d'une manière générale en disant qu'il n'y a pas eu d'été, si par ce mot on veut entendre une série de beaux jours.

En avril, nous trouvons des alternatives de coups de soleil très chauds et de pluies froides; puis le 26, un retour de froid très vif s'accompagnant de giboulées. Le mois de mai, quoique plus doux, a été pareillement entrecoupé de pluie et de beau temps. Le mois de juin a été constamment pluvieux, ainsi que la première moitié de juillet. Vers le 13 de ce dernier mois, le temps s'est remis au beau et s'y est à peu près maintenu jusqu'au 12 août. A partir de cette dernière époque, les pluies ont repris et ont persisté sans relâche jusqu'à la fin de septembre. Vers le milieu de ce mois la montagne s'est recouverte d'une couche de neige assez forte, assez persistante pour que la plupart des animaux rampants aient été obligés de la quitter.

En somme, grande persistance de pluie, absence d'été.

Le tableau pathologique concorde assez avec les éphémérides du temps.

Une continuité pareille de pluie donne probablement la raison d'une atténuation survenue dans les maladies contagieuses. La *diphtérie* sur les tables de la mortalité n'est représentée que par 4 cas, 2 angines couenneuses, une en avril, l'autre en mai, et 2 croups, le premier en en juillet, le second au mois d'août. Cette affection a rayonné en dehors de la ville et y est devenue cause de quelques cas de mort.

La *scarlatine* figure, elle, pour trois entrées dans le service militaire, une en mai, deux en juillet; maladie du reste très bénigne; sur la table de la mortalité, pour 4 cas de décès survenus chez des enfants par suite de complications (angines, anasarques).

La *coqueluche* a un cas de mort en septembre.

Une *nouvelle bouffée de fièvres typhoïdes*, vers le 20 juin, est partie encore du couvent, qui avait fourni l'épidémie de janvier 1881 ; elle a eu comme résultat, en ville, la mort de 5 personnes du sexe féminin, presque toutes de 15 à 21 ans, 3 en juillet, 2 en août.

Comme maladies de saison, nous trouvons un grand nombre de *bronchites* dans le mois d'avril; quelques-unes très tenaces et comme infectieuses, donnant lieu à un état général grave.

Le relevé des tables de mortalité donne pour la pneumonie, considérée chez les enfants et les grandes personnes, 5 cas de mort en avril, 3 en mai, 6 en juin, 1 en juillet, 2 en août et 3 en septembre. La pleurésie y figure pour 1 cas.

Les *troubles gastro-intestinaux* (athrepsie comprise) ont 1 cas de mort en avril, 4 en mai, 2 en juin, 8 en juillet, 11 en août et 7 en septembre.

Le chiffre de la mortalité est assez élevé : 34 décès en avril, 37 en mai, 29 en juin, 36 en juillet, 38 en août, 33 en septembre, constituent pour le semestre entier un total de 207.

Dans ce nombre, figurent 13 enfants mort-nés. On y trouve 68 enfants au-dessous de 12 ans et 56 personnes au-dessus de 60 ans. La phthisie y est pour 27 cas; les hémorrhagies cérébrales pour 7 cas; les affections organiques du cœur pour 19; le cancer pour 4. L'un d'eux est mort par fracture du crâne. Les autres malades ont succombé par le fait de vieillesse ou d'affections autres que celles ci-dessus, néphrites, catarrhes bronchiques.

De l'énumération ci-dessus, on peut conclure que ce semestre a été défavorable, surtout aux enfants en bas âge et aux gens débilités. »

BORDEAUX. — M. ARNOZAN.

« Le troisième trimestre de 1882 a été assez favorable à la santé publique, et chaque mois a vu décroître le nombre des décès. Juillet en a compté 556, août 510, septembre 417 seulement, ce qui est un chiffre réellement très faible et auquel nous n'étions pas habitués.

Les *maladies épidémiques* (variole, rougeole, scarlatine) sont en décroissance manifeste. La *fièvre puerpérale*, ou, pour être plus exact, les accidents puerpéraux qui avaient causé dans les trimestres précédents beaucoup d'inquiétudes et beaucoup de malheurs, n'ont fait que peu de victimes. Mais la *fièvre typhoïde* semble suivre une marche ascendante : 7 morts en juillet, 11 en avril, 11 en septembre. Ces chiffres, assez modérés, sont loin de faire soupçonner le nombre réel de cas observés; il y en a eu, en effet, beaucoup de bénins. En outre, les embarras gastriques fébriles ont été fréquemment constatés.

Les *diarrhées* chez les adultes aussi bien que chez les enfants ont sévi avec une assez grande intensité en juillet et en août : 72 décès en juillet, 81 en août pour les adultes; 51 et 44 pour le choléra infantile. A ce moment, les coliques, les diarrhées soudaines et passagères, les cas de cholérine ont été réellement fort nombreux. Mais au mois de septembre l'amélioration a été des plus nettes; elle avait même commencé, dès la seconde moitié du mois d'août, au moment où ont débuté ces longues pluies qui ont caractérisé la fin de l'été et la première moitié de l'automne. Les morts par les diverses formes d'entérite ont été, en septembre, au nombre de 40 pour les adultes et de 6 pour les enfants.

Les *maladies des voies respiratoires* n'ont prélevé qu'un tribut relativement restreint. »

LE HAVRE. — M. LECADRE.

Il est à remarquer que les étés chauds sont les plus féconds en décès. Les étés qui, comme celui de cette année, ne présentent qu'une température assez basse, donnent lieu à des pluies fréquentes et abondantes, ainsi qu'à un froid relatif assez sensible, ont généralement un obituaire bien moins élevé. Ainsi, durant le trimestre qui vient de s'écouler où les chaleurs furent rares, où les orages, s'ils ont été fréquents, furent assez peu violents, la mortalité n'a pas été ce que nous l'avons vue dans certaines années, où les chaleurs étaient vives et se prolongeaient. Aussi, un excédent de 81 a-t-il eu lieu des naissances sur les décès.

Cependant, la maladie qui, durant la saison chaude, sévit sur les enfants en bas âge, la *diarrhée cholériforme* survint encore cette année. Elle fut loin d'avoir la même gravité, et, pourtant, elle n'a pas laissé que de faire sur un obituaire de 823, cent-cinquante-neuf victimes, la plupart de 0 à 6 mois. C'est de la fin de juillet jusqu'à la mi-septembre qu'on la vit sévir davantage.

Des autres malades, si on en excepte la *phthisie pulmonaire*, dont le chiffre, dans toutes les saisons, est toujours fort élevé, et qui, durant ce trimestre, fut fatale à 147 individus, les autres ne furent pas meurtrières. On ne compta que quinze décès par la fièvre typhoïde, trois par la fièvre puerpérale, trente et un par le croup et la diphthérie, affections (je ne parle que de ces dernières) dont l'*endémicité* semble devenir générale.

En raison de l'humidité presque constante accompagnée souvent d'une fraîcheur très prononcée, les bronchites et les pneumonies restèrent assez communes. Il en fut de même des rhumatismes et des névralgies.

Dans le courant de juillet, une épidémie d'*oreillons* chez les jeunes sujets sembla vouloir se manifester. Elle n'eut pas de durée et fut, au reste, assez bénigne.

Les *maladies éruptives* devinrent rares. La variole semble vouloir nous quitter. Un seul cas, durant tout le trimestre, fut mortel. Les scarlatines furent plus ordinaires. D'un caractère assez bénin, elles ne firent mourir que deux personnes. Les érysipèles, à sièges divers, furent plus fréquemment observés.

En même temps que sévissait la diarrhée cholériforme chez les jeunes enfants, on remarquait chez les adultes beaucoup d'embarras gastriques, dont quelques-uns étaient accompagnés de fièvre. Mais ces affections dépendant de l'appareil gastro-intestinal, ne durèrent pas. Dès la fin de septembre, était observé le retour des maladies d'hiver, comme coryzas, bronchites, amygdalites, etc.

MARSEILLE. — M. GUICHARD DE CHOISITY

(Population : 360,099 habitants).

Tableau des décès pour la population entière.

MALADIES	Ier trimestre 1882				IIe trimestre				IIIe trimestre			
	Janv.	Fév.	Mars	Totaux du trimestre	Avril	Mai	Juin	Totaux du trimestre	Juil.	Août	Sep.	Totaux du trimestre
Moyenne barométrique.	761.02	763.60	754.81		751.01	754.34	754.51		754.23	755.18	751.10	
— thermométrique.	9.5	9.1	12.2		14.2	19.7	21.15		20.6	21.4	18.5	
Variole	3	7	6	16	8	3	11	22	6	16	22	44
Rougeole	6	4	19	29	29	22	36	87	39	29	14	82
Scarlatine	5	5	7	17	4	4	2	10	2	2	1	5
Fièvre typhoïde	26	31	66	123	43	53	45	141	65	69	50	184
Entérites, diarrhées	43	46	44	133	49	81	143	273	150	161	117	428
Croup, diphthérie	31	38	35	104	25	31	36	92	30	26	27	83
Bronchites	45	45	35	125	20	24	19	63	19	19	18	56
Pneumonies	213	183	182	578	143	115	80	338	71	84	62	217
Pleurésies	4	2	7	13	5	4	5	14	3	5	1	9
Tuberculose pulmonaire	96	99	131	326	104	106	113	323	98	94	99	291
Totaux des décès	982	976	1032	2990	881	883	934	2698	940	944	765	2649

« La température très tourmentée, dont nous sommes affligés cette année, nous a valu une augmentation de plus de 1,000 décès sur la mortalité générale des trois premiers trimestres, élévation presque entièrement due aux affections qui sont le plus facilement impressionnées par les variations atmosphériques, soit celles des voies digestives et celles des voies respiratoires.

Mais avant tout il faut signaler la marche de la *variole* qui, après une fort longue période épidémique, dont nous croyions avoir vu la fin en enregistrant 0 décès en octobre 1881,

paraît vouloir de nouveau attirer l'attention. Le dernier trimestre 1881 n'avait donné de ce chef que 3 décès, mais dès le 1er trimestre 1882, nous en trouvons 16; puis la progression continue et, après 22 décès pour le deuxième trimestre, nous en enregistrons 44 pour le troisième, dont 22 en septembre seulement. Ces chiffres doivent faire redoubler de vigilance et prendre toutes les mesures hygiéniques nécessaires.

La *rougeole* a fait aussi un assez grand nombre de victimes, mais elle paraît être aujourd'hui en décroissance sérieuse, puisque, après avoir atteint 39 décès en juillet, septembre n'en donne plus que 14 ; toutefois, ce dernier trimestre est encore de 82 décès.

Le chiffre des morts par suite de *croup* ou *diphtérie*, se maintient à un chiffre relativement élevé. Remarquons toutefois qu'il a un peu faibli ces deux derniers mois, août et septembre, malgré l'humidité plus grande de l'atmosphère, due à des pluies continuelles.

Les *affections intestinales* ont occasionné pendant la période de neuf mois un chiffre de décès beaucoup plus considérable que pendant leur période correspondante de 1881. L'examen des tableaux ci-joints démontre que cette mortalité oscille suivant la marche combinée du baromètre et du thermomètre : l'élévation du baromètre amène toujours une élévation du chiffre des décès, plus ou moins tempérée par l'élévation ou l'abaissement du thermomètre. Les chiffres ci-dessous permettent l'examen facile de cette proposition et la comparaison de 1881 avec 1882 :

1881

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	Totaux.
Moyennes barométriques des trimestres	752.87	753.10	754.97	
— thermométriques	12.1	16.1	21.2	
Décès par affections intestinales..............	158	215	652	1025

1882

Moyennes barométriques des trimestres	759.81	753.28	753.50	
— thermométriques	10.3	18.5	20.2	
Décès par affections intestinales..............	256	414	612	1282

Quant aux *affections pulmonaires* et à la pneumonie en particulier, elles paraissent être influencées surtout par les variations de la température et les oscillations trop brusques du thermomètre. Aussi les tableaux de mortalité sont-ils énormément chargés de ce fait, cette année, et dans des proportions tout à fait anormales.

Tableau de comparaison des décés pneumoniques en 1881-1882 :

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	Totaux.
1881.................	363	244	190	797
1882.................	578	338	217	1133

A l'heure actuelle, à en juger surtout par nos services hospitaliers, la *fièvre typhoïde* prédomine toujours, mais elle est bénigne et le nombre des victimes est beaucoup moindre. Les pneumoniques, dont le chiffre avait diminué en septembre, recommencent à être plus nombreux. »

ROUEN. — M. LEUDET

« L'état sanitaire a été très satisfaisant pendant la durée du troisième trimestre 1882 ; le nombre des admissions dans les hôpitaux toujours très restreint : aussi un grand nombre de lits sont-ils demeurés vacants.

La *variole* n'a donné lieu qu'à une seule admission; encore le malade qui en était atteint ne présenta-t-il qu'une varioloïde légère. Un cas de rougeole. Pas de *scarlatine*. Cette dernière fièvre, qui avait régné épidémiquement au début de l'année, semble éteinte; par contre, la *diphthérie*, qui n'a amené aucun malade dans une division consacrée exclusivement aux malades adultes, a causé un nombre inusité d'entrées dans le service de mon collègue, chargé des maladies des enfants à l'Hospice général. En ville également, les cas de diphthérie ont été nombreux; j'en ai moi-même soigné plusieurs, et encore, actuellement, j'en observe plusieurs cas dans ma pratique civile. Dans la division des enfants malades, comme en ville, on a recouru nombre de fois à la trachéotomie. J'ai été chargé pendant vingt-cinq ans du traitement des enfants malades à l'Hôtel-Dieu; j'avais toujours regardé la ville de Rouen comme presque indemne de diphthérie. Aujourd'hui, et cela depuis un an, les ravages faits par cette maladie sont considérables dans toutes les classes de la société.

La diphthérie n'est pas limitée à la ville de Rouen; j'ai appris que le croup avait été mortel dans les campagnes, dans d'autres villes du département.

Nous avons donc une véritable épidémie de diphthérie.

Au contraire, la *fièvre typhoïde* est rare dans notre ville; je n'ai reçu que 3 cas de fièvre typhoïde dans mes salles en juillet; 4 cas en août; aucun en septembre. Depuis le commencement d'octobre, je n'ai pas eu dans mes salles un seul malade atteint de cette fièvre. J'insiste d'autant plus sur ce fait, que la ville de Rouen est peu éloignée de Paris où la fièvre typhoïde prend, depuis quelque temps, un développement considérable, et que les relations entre Rouen et Paris sont incessantes.

Je termine cette note en signalant la marche rapidement funeste d'un grand nombre de phthisies pulmonaires, dans le troisième trimestre 1882. »

TOULOUSE. — M. BONNEMAISON.

« La *constitution atmosphérique* du deuxième trimestre de 1882 a été remarquable par l'élévation sensible de la température dès les premiers jours d'avril; mais cette élévation n'a pas atteint ses limites normales au mois de juin, et la saison estivale n'a pas revêtu à ce moment ses caractères habituels.

Ce qui n'a pas empêché la constitution médicale de se conformer aux lois saisonnières, puisqu'elle est demeurée catarrhale au printemps pour devenir abdominale en juin.

Pendant les deux premiers mois du trimestre, les affections des *voies respiratoires* ont prédominé; les bronchites, les pneumonies, la tuberculose ont fait de nombreuses victimes. Le *croup* a causé aussi la mort de 13 enfants pendant le trimestre.

La *fièvre typhoïde*, qui semble décidément oublier sa courbe annuelle, a continué de sévir, faisant 14 victimes en avril, 19 en mai et 11 en juin.

Les *fièvres éruptives*, qui semblaient vouloir accentuer leur progression saisonnière, et qui au mois d'avril occasionnaient des décès inattendus (un par variole, deux par rougeole et un par scarlatine), n'ont plus cependant fait de victimes, dans les deux mois suivants, sauf la variole dont on signale un décès en juin.

Les *affections abdominales* (entérites, dysenteries, choléras infantiles) ont suivi leur progression habituelle sans tenir compte de la quasi-fixité des conditions météorologiques. La colonne obituaire de ces affections donne 3 décès en avril, 6 en mai et 22 en juin. C'est comme toujours la première enfance qui fournit le principal contingent des victimes, et toujours parce que la population s'obstine à méconnaître les avertissements de l'hygiène la plus élémentaire.

Quoi qu'il en soit, la constitution médicale du deuxième trimestre est demeurée relativement bonne, et n'a rien présenté d'anormal au point de vue de la nature des maladies. On peut ajouter qu'il n'y a pas eu de génie épidémique marqué, et que les affections observées sont demeurées conformes au type saisonnier classique. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1882. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Note de M. Rathery sur *un cas de ladrerie chez l'homme*. — Note complémentaire fournie par M. Sévestre sur le même malade. — Lecture des discours prononcés par M. Desnos aux obsèques de M. Woillez et de M. Hillairet. — Discussion sur la *fièvre typhoïde*: MM. Martineau, Ernest Besnier, Bucquoy, Gouguenheim. — *Erythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu*, par M. Hallopeau. Discussion : MM. Ernest Besnier, Hallopeau. — Présentation de pièces se rattachant *à un anévrysme de l'aorte*, par M. Du Cazal.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Annales de gynécologie*. — *Union médicale du Nord-Est*. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Lyon médical*. — *Comptes rendus* des séances de la Société de biologie. — *L'étude et le progrès de l'hygiène en France*, de 1878 à 1882, par MM. Napias et Martin. — *Situation de l'hygiène et de l'Assistance publique à Reims*, par le docteur H. Henrot. — *Revue médicale de Toulouse*. — *Marseille médical*. — *Bulletin médical du Nord*. — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Etudes sur le cancer*, par le docteur Bougard, etc.

A l'occasion du procès-verbal, M. RATHERY communique une note sur un cas de ladrerie chez l'homme. (Sera publiée.)

M. SÉVESTRE donne sur le même malade la note complémentaire suivante. (Sera publiée.)

—

M. DESNOS, sscrétaire général, donne lecture des discours qu'il a prononcés, au nom de la Société, sur les tombes de M. Woillez et de M. Hillairet. (UNION MÉDICALE du 24 octobre 1882.)

—

M. MARTINEAU : Je demanderai à M. Besnier s'il est renseigné sur les baraquements que l'on construit à l'hôpital de Lourcine ; si en sa qualité de membre de la Commission d'hygiène hospitalière, créée nouvellement, il a appris que ces baraquements fussent destinés à loger des malades atteints de fièvre typhoïde, auquel cas il y aurait lieu de protester contre un foyer semblable créé de toutes pièces dans un hôpital où il n'en existe point.

M. Ernest BESNIER : La Commission dont parle M. Martineau n'a pas encore été réunie ; j'ignore, pour ma part, quelle est la destination des baraquements que l'on construit ; mais je proteste énergiquement d'avance contre l'installation des fièvres typhoïdes dans ces baraquements, au cas où telle serait leur destination.

M. BUCQUOY : Un foyer de fièvre typhoïde à Lourcine serait d'autant plus dangereux que les fièvres typhoïdes que je reçois de cet hôpital sont toujours d'une gravité exceptionnelle.

M. MARTINEAU : En tout cas, ces baraquements pourraient servir pour y placer d'autres malades atteints de maladies chroniques, par exemple.

M. GOUGUENHEIM joint sa protestation à celle de M. Martineau.

La suite de cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

—

M. HALLOPEAU communique en son nom et au nom de M. Tuffier, son interne, une observation d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. (Sera publiée.)

M. E. BESNIER : Les malades semblables à celui de M. Hallopeau ne viennent pas à l'hôpital Saint-Louis, c'est une des raisons pour que je trouve son observation des plus intéressantes. Il reste à bien établir le rapport qui existe entre l'éruption et la maladie générale, le rhumatisme ; il faut aussi, en pareil cas, tenir grand compte des coïncidences. Quand il existe un balancement entre l'éruption et le rhumatisme, nous songeons à une relation étroite ; quand au contraire ce balancement n'a pas lieu, nous nous demandons s'il n'y a pas simple coïncidence, et le malade de M. Hallopeau est dans ce dernier cas.

M. HALLOPEAU : Mon malade, atteint de rhumatisme articulaire il y a quatre ans, vient de présenter un nouveau rhumatisme suivi de l'éruption que j'ai décrite, et cette éruption a été suivie elle-même d'une péricardite ; il me semble qu'il y a dans toutes ces manifestations une relation étroite, indéniable.

M. E. BESNIER : Il y a des érythèmes rhumatismaux comme il y a des arthrites rhumatismales, c'est incontestable ; mais il y a aussi des maladies qui présentent un érythème exfoliant avec toute autre affection grave que le rhumatisme articulaire, et à l'occasion de chacune de ces affections graves, que ce soit une pleurésie, une pneumonie, un rhumatisme. En un mot, cet érythème a lieu, non parce que l'affection générale qu'il accompagne est un rhumatisme, mais parce que cette affection est une affection aiguë. Voilà toute ma pensée. Voilà comment j'entends faire la part des coïncidences, et je me demande s'il ne pourrait pas en être ainsi dans le cas de M. Hallopeau.

—

M. DU CAZAL présente des pièces se rattachant à un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte. (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DUGUET.

JOURNAL DES JOURNAUX

Traitement des ascarides lombricoïdes, par le docteur GUERMONPREZ. — C'est à tort, d'après l'auteur, qu'on confondrait l'action de la santonine et du semen-contra contre les ascarides lombricoïdes. La santonine augmente le danger des accidents réflexes par ce qu'elle est un excitant pour les vers intestinaux et surtout quand ils sont adultes.

La méthode évacuante donnerait des résultats plus constants que l'emploi des vermifuges.

Enfin, le traitement pharmaceutique dans le but de combattre l'état lymphatique des malades, et les modifications apportées à l'hygiène générale suffisent seuls très souvent pour déterminer l'expulsion complète de ces vers intestinaux. (*Bul. de thérap.*, 15 février 1882.)

Tremblement observé au cours d'une fièvre typhoïde et rappelant le tremblement de la sclérose en plaques, par M. le docteur BOUVERET. — Vers le dixième jour d'une fièvre typhoïde, la malade, jeune fille de 22 ans, fut prise d'un tremblement analogue à celui de la sclérose en plaques. La main de la malade exécutait une série d'oscillations à amplitudes croissantes, quand par exemple elle portait un verre à la bouche. Les mêmes tremblements s'observaient dans les membres inférieurs. Pendant que les symptômes de la fièvre typhoïde allaient en diminuant, le tremblement devenait plus marqué. Il ne disparut définitivement qu'à la fin de la convalescence. D'ailleurs, cette fièvre typhoïde dura plus de deux mois et demi et présenta, dans son évolution, trois stades fébriles marqués, dont le troisième était une véritable rechute.

Cette observation doit prendre place à côté de celles qui ont été publiées par MM. Clément (1877) et Landouzy (thèse d'agrégation, 1880). (*Lyon médical*, 9 avril 1882, p. 334.)

Hémorrhagies menstruelles supplémentaires par la cicatrice abdominale d'un abcès ancien, par M. le docteur DE CÉRENVILLE. — Une jeune fille de 21 ans, dont M. le docteur de Cérenville a lu l'observation à la Société vaudoise de médecine, le 2 mars dernier, avait été traitée pour un abcès enkysté du péritoine. Les incisions avaient été faites de chaque côté de l'abdomen, à trois travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart, et étaient cicatrisées depuis longtemps. Pendant le traitement qu'elle suivait à l'hôpital pour un embarras gastrique, M. de Cérenville observa au moment des règles, en outre de l'écoulement menstruel normal, un suintement sanguin notable par les cicatrices des anciens abcès.

Ce phénomène a été observé après les ovariotomies, à la partie inférieure de la cicatrice, au niveau du pédicule de la tumeur. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 15 avril 1882, p. 215.) — L. D.

VARIÉTÉS

LE SERVICE PHARMACEUTIQUE DE NUIT A PARIS.

Le 14 novembre dernier, la Commission du budget du Conseil municipal a discuté le projet de service pharmaceutique de nuit présenté par M. le préfet de police. Une boîte de médicaments devait être installée dans chaque poste de police et transportée chez le malade par le gardien de la paix chargé d'accompagner le médecin de service de nuit.

Redoutant des abus préjudiciables aux finances municipales, MM. Levraud et Marsoulan ont proposé l'organisation d'un service pharmaceutique analogue au service médical de nuit. Les malades s'adresseraient à un pharmacien de leur choix parmi ceux qui accepteront le tarif et les conditions officielles. Le remboursement des fournitures aux indigents serait opéré comme celui des honoraires des médecins de nuit.

Cette dernière organisation est préférable assurément. Elle a été adoptée par la Commission, qui pour en assurer l'exécution demande au Conseil municipal de voter une première somme de trois mille francs sous la rubrique : secours pharmaceutiques de nuit. Nos édiles parisiens ratifieront sans doute cette proposition humanitaire, et désormais les médecins de nuit auront à leur disposition les agents d'une thérapeutique active et ne seront plus condamnés, par la misère des clients trop souvent indigents, à la médecine d'expectation forcée. — E. D.

LA QUESTION DES AMBULANCES URBAINES.

Il y a déjà beau temps que l'établissement d'ambulances urbaines de secours aux blessés a été agitée devant le Conseil d'hygiène et que M. le docteur Voisin a publié un rapport dont l'adoption ne fut pas obtenue parce que les dépenses d'organisation étaient considérables. M. le docteur Natchel, promoteur d'un projet qui fut approuvé par l'Académie de médecine, n'a pas perdu courage et adresse une nouvelle pétition à la huitième commission du Conseil municipal.

Aujourd'hui le projet est moins vaste et comporte seulement l'établissement dans des maisons choisies aux endroits convenables et désignées par un signe indicateur, de boîtes d'avertissement dont la garde serait confiée aux concierges, moyennant une indemnité annuelle. Ces postes avertisseurs communiqueraient soit avec un bureau central, soit directement avec certains hôpitaux, dans lesquels deux médecins seraient en permanence, et pourraient se

transporter rapidement sur le lieu de l'accident, avec le matériel indispensable des premiers secours.

Malgré les qualités pratiques de ce projet, il nous semble que la multiplication des postes de police, dont la nécessité s'impose à l'Administration, permettra l'organisation à moins de frais d'un service permanent de secours publics. Ce n'est pas d'ailleurs en concentrant dans six ou sept hôpitaux les *places de secours*, mais bien plutôt en les disséminant dans les divers quartiers de la capitale qu'il sera possible d'obtenir rapidement pour les blessés les soins immédiats qui leur sont nécessaires. L'initiative de M. Natchel, malgré ces objections, n'en est pas moins inspirée par de très nobles sentiments d'humanité. — C. E.

COURRIER

Nécrologie. — Le Corps de l'internat des hôpitaux de Paris vient d'être cruellement frappé par la mort de M. Gabriel Lecoq, interne à l'hôpital Saint-Louis, décédé le 18 décembre à l'âge de vingt-huit ans.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Penquer (de Brest), et de M. George, professeur de médecine légale à l'École de médecine d'Alger.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Zorn, bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de chimie, pendant la durée du congé accordé à M. Febve, du 1er novembre 1882 au 1er janvier 1883.

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Raulin (Louis), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de géologie, en remplacement de M. Charazac, démissionnaire.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Martin (Joanny), bachelier ès séiences, est sommé préparateur adjoint de chimie générale, en remplacement de M. Loir, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté ministériel, le nombre des exemplaires de thèses de doctorat dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour la durée de l'année scolaire 1882-1883 :

Faculté de médecine de Paris, 160 exemplaires ;
Facultés de médecine des départements, 125 exemplaires ;
Faculté des sciences de Paris, 136 exemplaires ;
Facultés des sciences des départements, 92 exemplaires.

L'endroit le plus froid de la terre. — L'endroit le plus froid de la terre est Verchojansk, en Sibérie.

Jusqu'ici on avait cru que c'était à Irkoustk que l'on éprouvait les froids les plus rigoureux ; mais à Verchojansk, la température moyenne descend beaucoup plus bas.

Dans cette localité, la température moyenne au mois de janvier est de 45 degrés ; en février de 49 ; en mars de 33, etc., etc.

Le plus grand froid qu'on y ait jamais observé s'est manifesté le 30 décembre 1871 ; le thermomètre est descendu à 63 degrés au-dessous de zéro.

Voici quelques-uns des effets produits par ce froid excessif : une triple fourrure de rennes suffit à peine pour vous couvrir de façon à empêcher le sang de se geler. Chaque mouvement de respiration cause une sensation douloureuse, insupportable au gosier et aux poumons.

La vapeur exhalée gèle instantanément et se transforme en menues aiguilles de glace, dont le frottement les unes contre les autres produit un petit bruit semblable à celui du velours ou d'une soie épaisse qui se déchire.

Le savant anglais raconte que toute la caravane qui l'accompagnait lors de son excursion dans ces parages se trouvait enveloppée d'un nuage bleuâtre, formé par l'haleine des hommes et des animaux. Un corbeau, qui passa en volant lentement à travers l'air glacial, laissa derrière lui une longue traînée de matière vaporeuse.

—

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, 22, rue Dussoubs.

PATHOLOGIE INTERNE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA VARIOLE HÉMORRHAGIQUE (1),

Par le docteur L.-H. PETIT,

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

Grossesse. — La gravité de la variole chez la femme enceinte est admise par presque tous les auteurs, mais avec diverses restrictions, ainsi qu'on pourra s'en assurer en parcourant les thèses de Cot (p. 66 et suivantes) et de Barthélemy (p. 246 et suiv.). On y trouve un grand nombre d'observations de varioles devenues hémorrhagiques et suivies d'avortement et de mort de la mère, mais peu de choses sur l'étiologie des hémorrhagies varioliques. Je ne connais à ce sujet que le passage suivant : « Dans certains cas, dit M. Raymond cité par M. Barthélemy (p. 248), la puerpéralité imprime son cachet à la variole en transformant, dès le deuxième jour qui suit l'accouchement, la forme bénigne de cette maladie en une forme hémorrhagique promptement mortelle. »

L'explication de la production de la variole hémorrhagique peut se faire comme dans les cas précédents, en invoquant l'existence d'une altération antérieure des viscères et du sang. On sait en effet que la grossesse s'accompagne fréquemment d'une hypertrophie et même d'une stéatose du foie (obs. XI) et du cœur (2), que les reins sont souvent aussi altérés (3), et que les plaies se compliquent volontiers d'hémorrhagies pendant la durée de la conception et de l'état puerpéral (4).

Voici quelques observations résumées, à l'appui de ce qui précède :

OBS. XIII. — C..., 23 ans, enceinte de six mois, vaccinée, prise de fièvre le 16 novembre.
19. Purpura hémorrhagique sur l'abdomen et les cuisses. Le soir, le rash est généralisé.
20. Fausse couche. Quelques boutons varioliques.
21. Surface du corps rouge; taches pétéchiales fort nettes. Fièvre intense. Délire. Mort.

Autopsie. — Ecchymoses sous-séreuses multiples des différents viscères internes, qui sont très congestionnés. Hémorrhagies dans le tissu cellulaire intra-musculaire du dos.

Altération graisseuse et protéique du foie, des reins, des muscles, du cœur. (Fauny, thèse de 1870, p. 8.)

OBS. XIV. — Variole hémorrhagique chez une femme enceinte de cinq mois. Avortement. Mort. (Isambert, thèse de Hamel, 1870, p. 33.)

OBS. XV. — M. Desnos signale une variole hémorrhagique mortelle, après avortement, chez une femme vaccinée, enceinte de six mois. (*Soc. méd. des hôp.*, 1870, p. 29.)

OBS. XVI. — Femme de 22 ans. Variole confluente. Grossesse de deux mois. Eruption apparue à la fin du deuxième jour. Sueurs, rash, quelques papules à centre ecchymotique. Avortement le quatrième jour. Variole franchement hémorrhagique le sixième jour. Mort

(1) Suite. — Voir l'UNION MÉDICALE des 30 novembre, 5, 7 et 19 décembre.

(2) Porak. *De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur.* Thèse d'agrég. Paris, 1880.

(3) Mayor. *Contribution à l'étude des lésions des reins chez les femmes en couches.* Thèse de doct. Paris, 1880.

(4) Eug. Petit. *De la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme.* Thèse de doct. Paris, 1870. — Verneuil. *Grossesse et traumatisme*, in *Bull. Soc. de chir.*, 1876, et Congrès de Genève, 1877.

le dixième. Endopéricardite hémorrhagique. Apoplexie pulmonaire. Ecchymoses péritonéales. Pas de renseignements sur les viscères abdominaux. (Barthélemy, p. 252, obs. 23.)

Obs. XVII. — Une femme, placée dans mon service pour une bronchite et arrivée au terme de la gestation, fut transférée dans le service d'accouchements à l'Hospice général. Peu de jours après son admission dans ce service, une variole hémorrhagique contractée dans ma division apparut et se termina par la mort. (Leudet, *Soc. méd. des hôp.*, 1876, p. 132.)

La variole survenant chez les nouvelles accouchées a pris la forme hémorrhagique dans un bon nombre de cas, rapportés par M. Cot et M. Barthélemy. En voici quelques autres :

Obs. XVIII. — Jeune femme accouchée depuis peu. Variole hémorrhagique. Mort au huitième jour. (Mercier, Union Médicale, 1853, p. 98.)

Obs. XIX. — Variole discrète hémorrhagique chez une nouvelle accouchée ; six jours après l'accouchement, selles et urines sanglantes. Mort trois jours après.

Autopsie. — Congestion du poumon droit.

Reins gras ; hémorrhagie des bassinets. Foie très gras. Cœur mou, sans lésions valvulaires. La cavité de l'utérus a encore le volume du poing et renferme un gros caillot en putrilage. (Gachon, p. 37, obs. XI.)

Alcoolisme. — L'alcoolisme est de tous les états constitutionnels celui dont l'influence sur la gravité de la variole soit le mieux établie.

« Nous croyons, dit M. Cot, que l'alcoolisme entre pour beaucoup dans la mortalité de la variole et dans les complications hémorrhagiques » (p. 20).

M. Huchard dit que la variole chez les alcooliques est ordinairement fort grave, et prend le plus souvent la forme hémorrhagique ; il pense que l'alcoolisme, probablement par suite de l'état scléro-athéromateux des vaisseaux, crée pour le développement de la diathèse hémorrhagique dans la variole, une véritable opportunité morbide (p. 26 de sa thèse).

On pourrait peut-être reprocher à M. Huchard de ne pas tenir assez compte, dans ce travail, de l'importance des lésions viscérales. Dans les onze observations qu'il rapporte, ou bien l'état des viscères abdominaux n'est point indiqué, ou bien ils sont signalés comme congestionnés ; dans un seul cas il mentionne une hypertrophie du foie et des reins (p. 68). Sauf le cas de néphrite albumineuse rapporté plus haut, on ne trouve aucune allusion au rôle des altérations viscérales antérieures sur la production des hémorrhagies varioliques. L'alcool, en effet, ne se borne pas à rendre les vaisseaux athéromateux, il amène encore une dégénérescence graisseuse ou scléreuse du foie et des reins.

C'est ce que reconnut très bien M. Huchard depuis l'époque où fut rédigée sa thèse, ainsi qu'on le voit par le passage suivant :

« Les faits que j'ai observés depuis que ces lignes ont été écrites, nous disait récemment M. Huchard, me permettent d'établir les conclusions suivantes, touchant l'influence de l'alcoolisme sur la marche de la variole :

« 1° Chez les alcooliques, la variole prend souvent la forme hémorrhagique ; tantôt les hémorrhagies se montrent dans la période prodromique, et la mort, qui est la règle, survient même avant le stade éruptif (*variole hémorrhagique primitive, d'emblée*) ; tantôt elles se montrent seulement à la période de suppuration ou de dessication (*variole hémorrhagique secondaire* beaucoup moins grave et pouvant guérir) ;

« 2° Lorsque la variole, chez les alcooliques, ne revêt pas la forme hémorrhagique, elle est dans tous les cas — qu'elle soit confluente, cohérente ou même discrète — remarquable par la *longueur inusitée de la période de suppuration*, par la formation d'abcès nombreux pendant la convalescence, par la violence du délire.

« Il faut encore ajouter que les autopsies des varioliques démontrent la fréquence des dégénérescences graisseuses des organes : d'où la gravité des varioles chez les alcooliques, les propriétés stéatogènes de l'alcoolisme s'ajoutant à celles de la variole. » (Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, tome III, p. 318, 1882.)

Dans sa thèse de doctorat, M. Lassaigne, étudiant l'influence de l'alcoolisme chronique sur la pneumonie, la variole et l'érysipèle, fait ressortir la fréquence des altérations du foie et du rein dans l'alcoolisme, et l'action nuisible de ces altérations sur l'affection intercurrente.

Il rapporte cinq observations de variole, dont quatre se terminèrent par la mort. Dans l'une de ces dernières était la variole hémorrhagique, et à l'autopsie on trouva une dégénérescence graisseuse du foie et des reins, outre les autres lésions propres à l'alcoolisme (1).

Dans la thèse de M. Larembergue, sur 18 observations de variole hémorrhagique, 4 fois seulement on a examiné avec soin le foie et les reins, et dans tous on les a trouvés plus ou moins graisseux (2).

Deux de ces malades (obs. 6 et 18 étaient alcooliques. Pas d'antécédents pour les deux autres (obs. 15 et 16).

M. le docteur Jules Petit a observé en 1870-71, au camp de Conlie, une épidémie de variole hémorrhagique. Tous ceux qui furent frappés, au nombre de plus de 20, moururent rapidement. Or, les sujets étaient des mobilisés bretons, adonnés aux excès alcooliques depuis de longues années. (Thèse de Paris, 1871.) Peut-être faut-il ici ajouter à l'influence de l'alcoolisme celle des privations et des fatigues inséparables de la vie du soldat en campagne.

Tous les auteurs qui ont rapporté des cas de variole hémorrhagique chez les alcooliques n'ont pas mentionné l'influence pathogénique ds l'alcoolisme sur cette forme morbide ; tous n'ont pas non plus rapporté les lésions viscérales trouvées à l'autopsie; mais on ne peut conserver de doute sur l'existence et sur la signification des lésions viscérales en pareil cas.

Quand un charretier ou un cocher alcoolique se laisse écraser par sa voiture, meurt quelques heures ou quelques jours après, et présente à l'autopsie une sclérose ou une stéatose du foie, du rein, du cœur, etc., nous sommes autorisés à dire que ces lésions étaient antérieures à l'accident. De même, lorsqu'on trouve ces lésions chez un alcoolique mort de variole au 3e, 4e ou 6e jour, nous pouvons encore dire qu'elles existaient avant l'invasion de la maladie. On peut dire encore, par analogie, qu'un alcoolique mort dans les mêmes circonstances, mais dont on n'a pas fait l'autopsie, présentait les mêmes conditions organiques que les précédents.

M. Quinquaud, dans le travail que nous avons déjà cité, dit, en parlant des reins, que d'après ses observations le rein d'un alcoolique est déjà en état d'imminence morbide, par ce seul fait que l'individu est alcoolique ; que, partant, la variole y détermine plus facilement un processus dégénératif aigu que sur un rein appartenant à un individu sain antérieurement. Et M. Quinquaud se fonde sur ces faits pour établir cette loi : « Dans la variole, comme dans les maladies aiguës fébriles, l'albuminurie passagère est la règle chez les alcooliques bien accusés. Les reins sont en général volumineux et congestionnés et présentent les altérations précitées. » (Page 327.)

Ici, comme pour le foie, M. Quinquaud n'a pas vu la relation de cause à effet qui existait entre les lésions préexistantes du rein et la variole hémorrhagique; il n'a vu qu'un des côtés de la question, le retentissement de la variole sur le rein déjà altéré.

Le fait suivant est un exemple de l'influence de l'alcoolisme avec albuminurie sur la variole.

Obs. XX. — *Alcoolisme. Apoplexies rétiniennes. Variole hémorrhagique. Mort* (3).

Manœuvre de 18 ans, alcoolique, toujours bien portant. Entré à l'hôpital pour troubles de la vue ; œdème de divers endroits du corps.

(1) *Quelques considérations sur l'alcoolisme dans ses rapports avec la pneumonie, la variole et l'érysipèle.* Thèse de doctorat, Paris, 1870, p. 52.

(2) *Du diagnostic de la variole hémorrhagique*, Paris, 1870.

(3) Peulevé. *Bull. Soc. anat.*, 1866, p. 145.

Quantité notable d'albumine dans l'urine. L'examen des yeux à l'ophthalmoscope fait constater les lésions de la rétinite albuminurique.

Tout à coup le malade fut pris d'une variole hémorrhagique qui l'emporta en quatre ou cinq jours.

L'autopsie fit voir, outre les lésions très intéressantes de l'œil, en particulier de nombreux foyers d'hémorrhagie rétinienne, les altérations rénales de l'albuminurie aiguë.

La variole survenant chez un alcoolique peut, tout en subissant l'influence du mauvais état général du sujet, provoquer à son tour chez celui-ci une affection susceptible de se manifester spontanément, la pneumonie par exemple. C'est ainsi que nous voyons, dans l'obs. XXIX de la thèse de M. Cot (p. 60), une pneumonie et des hémorrhagies pustuleuses survenir à la période de suppuration, et la mort arriver au douzième jour de l'éruption. De même que la variole a pu, comme l'ont reconnu MM. Quinquaud et Huchard, aggraver l'état morbide du foie et des reins, de même dans le fait de M. Cot, elle a pu produire une inflammation dans un organe disposé à s'enflammer chez un alcoolique.

Paludisme. — Connaissant le rôle joué par le paludisme dans la production des hémorrhagies spontanées ou traumatiques, il était à prévoir que la variole survenant chez des sujets atteints de cachexie palustre prendrait la forme hémorrhagique. Les quelques recherches que nous avons faites dans cette voie nous ont pleinement satisfait.

Dans sa thèse sur les complications telluriques des fièvres éruptives (Montpellier, 1880, nº 13), M. Hernandez ne s'occupe que du type que revêt la fièvre chez les paludiques atteints de ces fièvres, oubliant que l'intoxication tellurique ou paludique peut se manifester de bien d'autres manières. Mais les deux observations de variole qu'il rapporte sont en faveur de notre opinion.

Obs. XXI. — Dans la première (p. 49) la malade avait contracté, à l'île Bourbon, la cachexie palustre avec fièvre, ascite et ictère, six ans auparavant. Pas d'accès depuis. L'invasion de la variole s'accompagne d'épistaxis répétées pendant plusieurs jours, et l'éruption, de pétéchies aux flancs. La complication palustre étant alors soupçonnée, par suite des allures de la fièvre, on donna le sulfate de quinine qui fit cesser peu à peu les accès palustres et fit rentrer la variole dans sa voie normale. Guérison.

La deuxième observation (p. 62), empruntée à Stoll, est donnée par l'auteur comme une complication de varioloïde et de rougeole, mais la lecture du texte montre qu'il s'agissait d'une variole hémorrhagique chez une jeune fille atteinte de fièvres intermittentes.

Obs. XXII. — La malade, âgée de 15 ans, avait eu l'année précédente la fièvre tierce pendant six semaines et avait bien guéri, mais récemment la fièvre était revenue sous le type quotidien avec paroxysmes dans l'après-midi.

Le sixième paroxysme fut représenté par la chaleur seule; les jours suivants, l'état général s'aggrava et la fièvre devint continue avec exaspérations nocturnes.

Au quatrième jour de cette substitution morbide, le corps se couvrit de pétéchies noires, rouges, les unes comme des lentilles, les autres plus larges; elle siégeaient surtout aux cuisses, au tronc et aux bras. Le lendemain, les pétéchies augmentent, le délire survient et la malade meurt dans la soirée.

A l'*autopsie*, on trouve des pétéchies sur le péritoine, la face externe des intestins, dans les mésentères, les ganglions mésentériques, et à la face externe du cœur. Inflammation gangréneuse de l'intestin grêle. Poumons sains. Ecchymose étendue et profonde au bras gauche.

Pas de mention du foie ni de la rate. (Stoll, *Ratio medendi. Sectiones cadaverum*, sect. VIII, p. 110, Paris, 1787.)

Nous avons nous-même recueilli un cas dans lequel la cachexie palustre nous paraît avoir été une cause d'hémorrhagie variolique.

Obs. XXIII. — M. X..., 42 ans, ministre plénipotentiaire, de grande taille, robuste, et de bonne santé habituelle jusqu'en 1875, fut envoyé alors à Belgrade, où il séjourna pendant un an. Dans cette ville, il contracta les fièvres intermittentes, qui durèrent longtemps malgré le sulfate de quinine. Il dut demander un congé et revenir en France pour y rétablir sa santé.

En 1877, il fut envoyé à Bucharest, où pendant la guerre turco-russe il partagea les fatigues et le genre de vie si dépourvu de comfort de l'ambulance française, mangeant mal, couchant sous la tente, etc. Il ne tarda pas à subir de nouvelles atteintes du paludisme. La fièvre revenant par accès dura pendant presque toute la campagne, malgré de fortes doses de sulfate de quinine.

Lorsque M. X... revint en France, après la guerre, il avait considérablement maigri; il était faible, la peau jaunâtre; bref, il présentait tout l'habitus de la cachexie palustre. Malgré un traitement approprié, malgré un séjour de plusieurs mois en Suisse, dans d'excellentes conditions hygiéniques, les accès de fièvre revinrent à plusieurs reprises; l'état général resta toujours à peu près aussi mauvais.

En 1879, M. X..., qui n'avait pas été revacciné, passa quelques jours à Paris, au moment où la variole subissait sa recrudescence saisonnière, et partit pour Fontainebleau. Il avait probablement contracté la variole pendant son séjour à Paris, sans qu'on pût savoir comment. Quoi qu'il en soit, le soir de son départ, il fut pris de fièvre. On crut d'abord à un retour de sa fièvre habituelle, mais la fièvre était presque continue, et au troisième jour apparut une éruption variolique, accompagnée d'un état général très grave. M. le professeur Hardy, appelé en toute hâte, vit le malade le cinquième jour et ne put que constater une variole hémorrhagique. La mort eut lieu le lendemain.

Bien qu'on ne fît pas l'autopsie dans ce cas, l'existence incontestable de la cachexie palustre au moment où la variole fut contractée, ne nous laisse aucun doute, après ce que nous savons de cette cachexie et de son influence hémorrhagipare, sur l'existence des lésions viscérales (foie, rate, etc,) chez notre malade et leur influence sur la forme grave de variole dont il a été atteint.

La cachexie palustre n'est pas, du reste, la seule qui jouisse du fâcheux privilège de déterminer la forme hémorrhagique de la variele. Agissant par l'altération profonde qu'elle imprime au sang et aux différents organes, toutes les cachexies doivent exercer la même influence sur la variole. Voici un fait dans lequel la syphilis arrivée à la période cachectique a joué le même rôle que le paludisme.

Obs. XXIV. — *Cachexie syphilitique. Variole confluente hémorragique. Mort* (1).

Syphilis contractée il y a six ans. Misère et alimentation insuffisante. Chagrins, surmenage.

Syphilis maligne. Syphilides ulcéro-tuberculeuses, périostoses gommeuses du frontal et de la clavicule gauches.

Invasion de la variole vers le 28 février.

Le 2 mars, rash scarlatiniforme aux aines. Face tuméfiée.

Le 4, suffusions sanguines sous-cutanées à la face. Quelques vésicules remplies de sang sur le reste du corps.

La syphilide de l'épaule est tuméfiée en masse, desséchée, couverte de croûtes noires. Variole confluente qui prit bientôt le caractère hémorrhagique. — Mort le 7 mars.

Autopsie. Suffusions sanguines intra-musculaires.

Reins en voie de dégénérescence graisseuse peu avancée. Foie tout à fait graisseux. Ecchymoses sous pleurales et sous-endocardiques. Rien aux poumons ni au cœur.

Syphilides non guéries par la variofe; elles sont restées stationnaires. Lésions très marquées du crâne, des méninges et de l'encéphale.

(1) Barthélemy. Thèse de doctorat, Paris, 1880, p. 116.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Sommaire. — Présentations. — Rapports sur diverses observations. — Sur l'emploi des émissions sanguines locales contre certains accidents consécutifs aux fractures du crâne. — Sur la suture osseuse dans l'amputation ostéo-plastique du pied; discussion. — Discussion sur la pathogénie et le traitement de l'induration du corps caverneux de la verge. — Lecture : Note sur l'ostéite tuberculeuse ou carie des os; — observation de goître polykystique unilatéral, thyroïdectomie, guérison.

M. Richelot présente un travail de M. le docteur Millot-Carpentier, à l'appui de la candidature de ce chirurgien au titre de membre correspondant national.

— M. Tillaux, à l'occasion de la présentation faite dans la dernière séance par M. Trélat, dépose sur le bureau le complément de l'observation du malade auquel il pratiqua, en 1878, le désenclavement du nerf radial comprimé dans un cal exubérant. Le malade fut présenté, après sa guérison, à la Société de chirurgie, mais le secrétaire se borna à mentionner le fait de cette présentation dans les *Bulletins*, sans donner les détails de l'observation.

M. Delens fait remarquer qu'avant l'opération de M. Tillaux, en 1878, il faut placer une observation d'opération semblable pratiquée par M. Ollier (de Lyon) en 1865, et une autre pratiquée par un chirurgien anglais, le docteur Auston (?), en 1877; enfin entre l'opération de M. Tillaux en 1878 et celle de M. Trélat en 1882, se place une opération pratiquée par M. Delens en 1879.

— M. Desprès a été chargé, il y a trois ans, de faire un rapport verbal sur diverses observations adressées à la Société de chirurgie. Après avoir pris le temps de la réflexion, l'honorable chirurgien croit devoir s'exécuter aujourd'hui, afin, dit-il, qu'il reste au moins une trace de ces observations dans les *Bulletins*. Ces rapports sont très courts et se bornent, pour ainsi dire, à une mention des sujets de ces observations. Le premier est relatif à une observation de M. le docteur Raustan (de Montpellier), ayant trait à une opération d'ablation d'un énorme fibrome développé sur la lèvre postérieure du col de l'utérus, au moyen de la ligature élastique. — M. le rapporteur pense qu'il s'agit probablement d'un fibrome développé dans l'intérieur même de la cavité utérine et sorti par l'orifice du col, ce qui aurait donné le change à l'opérateur en lui faisant croire à une implantation du fibrome sur la lèvre postérieure du col utérin.

M. Pozzi fait remarquer qu'il n'est pas très rare d'observer des fibromes ayant leur siège primitif d'implantation sur la lèvre postérieure du col; pour sa part, il a eu l'occasion d'en observer un exemple dans lequel le fibrome avait un volume considérable que l'auteur ne peut mieux comparer qu'à celui d'un « énorme pénis en érection ». La guérison a eu lieu par l'ablation à l'aide de l'écraseur linéaire.

— Le deuxième rapport de M. Desprès a trait à un appareil de suspension pour le traitement des fractures, ayant pour auteur le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

— Le troisième rapport de M. Desprès est relatif à une observation, de M. le docteur Piedvache, de rupture de l'urèthre à la suite d'une chute sur le siège. Les chirurgiens appelés à soigner le blessé, ayant diagnostiqué une rupture de l'urèthre, bien qu'il n'y eût pas de tumeur sur le trajet du canal, essayèrent de pratiquer le cathétérisme. N'ayant pu réussir, ils firent une boutonnière périnéale; l'opération n'ayant pas donné de résultat, ils pratiquèrent la taille hypogastrique. Le malade finit par guérir et de la taille et de la boutonnière uréthrale : c'est à ce titre que M. Desprès croit devoir demander la publication, sans commentaires, de cette observation dans les *Bulletins*.

— M. Périer fait un rapport sur une observation avec présentation du malade par M. le docteur Guermonprez (de Lille). Le sujet de cette observation avait eu, à la suite d'un coup ou d'une chute sur la tête, une fracture du crâne pour laquelle il entra et fut soigné à l'hôpital de Béthune. Quatre mois après, survinrent des douleurs de tête et des douleurs lombaires violentes, accompagnées de lipothymies fréquentes, lesquelles furent traitées inutilement par de nombreuses médications, purgatifs répétés, aconit, bromure de potassium, etc.

Après avoir épuisé l'arsenal de la thérapeutique ordinaire, M. Guermonprez eut l'idée de recourir aux émissions sanguines pratiquées au moyen de l'application, sur la tempe gauche, de la sangsue artificielle du docteur Heurteloup. Chaque émission sanguine ayant amené une disparition des douleurs de tête et des douleurs lombaires pendant huit ou dix jours, ces applications furent réitérées jusqu'à complète guérison du malade, qui se trouve aujourd'hui dans un état satisfaisant.

M. Guermonprez a voulu présenter ce malade et appeler l'attention sur ce fait, afin de montrer qu'il ne faut pas exclure systématiquement de la thérapeutique un moyen trop délaissé aujourd'hui et qui peut, dans certains cas, donner les meilleurs résultats.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements; 2° de déposer son observation aux *Archives*; 3° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

— M. Léon Le Fort lit un rapport sur une note de M. le professeur Folet (de Lille), concernant un mode de suture osseuse dans l'amputation ostéo-plastique du pied.

M. Folet dit avoir pratiqué deux fois depuis un an, dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur, l'amputation ostéo-plastique du pied proposée par M. Léon Le Fort, et avoir obtenu

deux guérisons avec des résultats locaux absolument merveilleux. M. Folet a modifié, dans un cas, le procédé de M. Le Fort, en y ajoutant un moyen également proposé mais non encore mis à exécution par ce dernier, la suture osseuse dont il a, dit-il, été très satisfait.

Une fois l'amputation terminée, M. Folet perfore obliquement le calcanéum et le tibia à l'aide d'un foret rotatoire et, par le canal ainsi créé, il passe un gros fil métallique qui, traversant la peau du talon, puis le calcanéum un peu obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, puis la partie antérieure du plateau tibial, vient ressortir à travers la peau de la face antérieure de la jambe, à trois centimètres au-dessus de la plaie. Le fil métallique est terminé d'un côté par une rondelle de plomb de la grandeur d'un sou, au centre de laquelle il est fixé et qui vient s'appliquer sur la peau du talon. Sur l'autre extrémité du fil, qui émerge du tibia à travers la peau, on enfile d'abord une seconde rondelle de plomb qui vient s'appliquer sur la peau de la jambe, puis un tube de Galli, que l'on écrase après avoir rapproché les parties. L'écrasement du tube maintient les plateaux osseux en contact, en faisant subir aux parties molles le degré précis de striction que désire l'opérateur.

C'est la suture en bouton, de Bozemann, employée comme moyen de rapprochement et de soudure de deux surfaces osseuses.

Cette suture est-elle nécessaire? M. Le Fort ne le croit pas, car il a toujours pu s'en passer dans les opérations déjà assez nombreuses qu'il a pratiquées. Est-elle utile? M. Le Fort est prêt à l'admettre, car il faut beaucoup de précautions dans les premiers jours pour assurer la permanence du contact, et la présence d'une suture osseuse est une puissante garantie contre tout mouvement.

Toute la question est de savoir si la suture n'a pas des inconvénients qui annihilent ou dépassent ses avantages. Ces inconvénients sont l'irritation et parfois, souvent même, la nécrose partielle qui peuvent être la conséquence de toutes les sutures osseuses. Ce serait, en outre, l'existence d'une cicatrice, même minime, au talon qui doit demeurer absolument intact, comme base de sustentation.

Le résultat obtenu par M. Folet, ainsi que ceux des chirurgiens allemands, tendraient à diminuer beaucoup les craintes de ces inconvénients.

Les chirurgiens allemands emploient volontiers aujourd'hui non plus les sutures, mais des clous d'acier pour assurer la coaptation et la fixation de deux surfaces osseuses dont on veut obtenir la soudure, dans les résections et même dans les fractures compliquées. Le clou d'acier est de même employé dans l'amputation ostéo-plastique du pied.

M. Chaput, interne de M. Le Fort, qui vient de passer trois mois en Allemagne, a vu, à Berlin, dans le service de M. Hahn, quatre opérés d'amputation ostéo-plastique du pied, chez lesquels la pointe avait été employée. Les résultats étaient excellents. La marche ne laissait rien à désirer et l'on ne voyait même pas, à la peau du talon, la moindre trace du passage du clou d'acier.

Voici comment M. Hahn procède : après la section du calcanéum et celle des os de la jambe, lorsqu'il ne s'agit plus que de fixer le calcanéum au tibia, on pratique une petite ouverture à la peau et à la face inférieure du calcanéum. En ce point, on introduit un *drill* qui, après avoir perforé le calcanéum, vient s'enfermer dans le tibia parallèlement à son axe et aussi près que possible de cet axe. L'instrument est retiré et l'on enfonce alors, *à coups de marteau*, le clou dans le calcanéum et dans le tibia. On panse ensuite au Lister. La pointe est laissée en place pendant un mois environ, et on l'enlève alors sans difficulté.

M. Chaput n'a été témoin que des résultats; il a vu les malades guéris, mais M. Hahn lui a affirmé qu'il obtenait presque toujours la guérison par première intention et sans abcès. On ne pouvait distinguer sur la peau du talon, ajoute M. Chaput, aucune cicatrice appréciable qui pût révéler l'endroit où avait été placée la pointe.

M. Le Fort met sous les yeux de ses collègues des échantillons des clous d'acier employés par les chirurgiens de Berlin. Ils sont énormes, très aigus et à points quadrangulaires, parfaitement polis. On peut s'étonner de voir des corps métalliques aussi volumineux bien supportés par les os et les parties molles.

Toutefois, malgré les faits observés par M. Chaput, M. Le Fort hésiterait à employer ces clous; à sa première future opération, il aimera mieux commencer par la suture, telle que l'a pratiquée M. Folet, et qui a donné à ce chirurgien un si parfait résultat.

M. le rapporteur propose, en terminant, de renvoyer la note de M. Folet au comité de publication. (*Adopté.*)

M. Verneuil n'a pas eu l'occasion de pratiquer encore l'amputation ostéo-plastique du pied, suivant le procédé de M. Le Fort, mais il a vu dans son service un malade qui, pendant son absence, avait été opéré d'après ce procédé par M. Terrillon. Cet exemple lui a montré l'utilité qu'il peut y avoir, dans certains cas, à fixer les deux os, soit par la suture, soit par quelque autre moyen. L'opéré de M. Terrillon avait sa plaie cicatrisée depuis longtemps, mais

le fragment calcanéen ne s'était pas du tout soudé au tibia; il demeurait flottant et même un peu incliné au dehors, ce qui gênait considérablement la marche.

Ainsi le fragment calcanéen peut se renverser après l'opération : d'où l'utilité de trouver un moyen de le tenir relevé et de le maintenir dans l'axe de la jambe.

M. Lucas-Championnière fait remarquer combien il est intéressant de voir des malades opérés depuis six semaines, tels que les a observés M. Chaput dans le service de M. Hahn, à Berlin, ne présenter aucune trace de la cicatrice produite par les énormes clous d'acier dont M. Le Fort a montré les échantillons.

M. Desprès dit qu'il faudrait savoir le temps qu'ont mis à guérir les opérés de M. Hahn comparés à ceux de M. Lefort. La pratique des chirurgiens allemands lui semble être le renversement de tous les principes fondamentaux de la chirurgie. Il n'est pas possible d'admettre que l'introduction, dans les os, de corps étrangers semblables aux clous que M. Hahn emploie et laisse à demeure pendant un mois, soit une chose utile et n'amène pas l'inflammation et la nécrose de ces os. M. Desprès n'a jamais pratiqué la suture osseuse qu'une seule fois, alors qu'elle était absolument nécessaire, pour une fracture de la mâchoire inférieure, et il a vu se produire une rondelle de nécrose au niveau de la suture métallique.

M. Lucas-Championnière dit que c'est un fait commun de voir des corps étrangers, introduits dans les os, y demeurer plus ou moins longtemps sans provoquer de suppuration; on voit même certains corps étrangers, tels que des portions d'os, des chevilles osseuses, implantées dans les os, y disparaître par résorption; il n'y a pas la moindre élimination de séquestre. Dans la question qui se discute actuellement, il s'agit de savoir si l'on obtient une guérison plus ou moins rapide avec le clou de M. Hahn qu'avec l'opération ostéo-plastique pure et simple.

M. Périer annonce qu'il possède actuellement dans son service un malade auquel il a pratiqué la suture métallique pour une fracture du fémur, et qui a depuis un mois un fil de fer implanté dans cet os sans accident.

M. Trélat demande si le fer est le métal le meilleur à employer pour les sutures osseuses; en effet, le fil de fer s'oxyde par suite de la réaction qu'exercent sur lui les tissus organisés, et cette oxydation produit la rupture de ce même fil qui devient alors très difficile à extraire du sein des tissus. Une vis en argent ou en or ne fonctionnerait-elle pas mieux que ces énormes clous dont l'aspect rappelle les corps métalliques dont se servait Troja dans ses expériences sur le canal médullaire des os?

M. Chauvel dit que la priorité de la suture osseuse appartient à Pasquier qui l'a employée à Metz pendant la guerre de 1870-1871.

M. Le Fort répond que le mode de suture employé par M. Folet n'est pas le même que celui du chirurgien Pasquier; c'est la suture de Bozemann que M. Folet a pratiquée sans le savoir.

Quant à l'inconvénient de la nécrose, dont a parlé M. Desprès à propos de la suture osseuse, cet inconvénient n'existe pas pour les sutures osseuses en général, sauf pour la suture de la mâchoire, la seule que M. Desprès avoue avoir pratiquée.

M. Le Fort déclare qu'il a obtenu, dans un grand nombre de ses opérations d'amputation ostéo-plastique du pied, des guérisons rapides; mais il a toujours été frappé de la difficulté qu'il y avait à maintenir le calcanéum dans un état de fixité nécessaire à la soudure des surfaces osseuses. M. Verneuil, de son côté, cite un cas, exceptionnel il est vrai, où le contact et la soudure des surfaces n'ont pas pu être obtenus par l'opération simple.

D'autre part, M. Folet a retiré les meilleurs résultats de la suture osseuse. Enfin, la pratique des chirurgiens allemands prouve qu'en faisant de la chirurgie de menuisier ou de maréchal-ferrant, c'est-à-dire en plantant *à coups de marteau* d'énormes clous dans le calcanéum et le tibia, on ne détermine aucun accident, et que les clous d'acier volumineux ne laissent pas même de cicatrice sur la peau du talon. Ce sont là des faits qui militent en faveur de la suture osseuse, et M. Le Fort se déclare tout disposé à la pratiquer, le cas échéant, d'après le mode employé par M. Folet.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. Verneuil, relative à l'étiologie et à la thérapeutique des indurations du corps caverneux de la verge.

M. Trélat a eu deux fois, en 1869, l'occasion d'observer l'induration du corps caverneux. Son premier malade était un homme de 50 ans, ayant, comme les malades de M. Verneuil, une induration médiane de la face dorsale de la verge, induration qui gênait l'érection, sans causer de douleur, et déterminait l'incurvation de convexité inférieure de l'organe. Une pom-

made à l'iodure de potassium et divers autres topiques ne produisirent aucun résultat et M. Trélat finit par perdre le malade de vue.

Son second malade, à peu près du même âge que le premier, présentait une induration considérable avec gêne de l'érection et courbure à concavité dorsale de la verge pendant cet acte. Les pommades, les bains de vapeur, etc., se montrèrent également impuissants.

M. Trélat ne peut donner aucun renseignement sur l'état des urines et sur l'existence possible du diabète chez ses deux malades.

M. MONOD a été consulté deux ou trois fois par un malade, qui se trouvait dans une situation analogue à celle des malades de M. Trélat. Il avait sur la face dorsale de la verge, au voisinage du ligament suspenseur, une induration de forme losangique, ressemblant à un chaton de bague, déterminant pendant l'érection une courbure à concavité supérieure de la verge. Les divers traitements employés ont été impuissants à modifier cette induration. M. Monod a fait, depuis la communication de M. Verneuil, analyser les urines de ce malade; il n'y avait pas de sucre dans ce liquide, et, d'ailleurs, le malade n'était pas goutteux.

M. Léon LE FORT a eu l'occasion de voir quelques malades atteints d'induration des parties latérales de la verge située dans l'épaisseur du corps caverneux : le premier avait 40 ans; le second, 47 à 48 ans; le troisième, 37 à 38 ans. Comme chez les malades de M. Trélat, l'iodure de potassium, la teinture d'iode, les cataplasmes n'ont produit aucun résultat sur cette induration pendant les deux mois qu'a duré le traitement. Mais, au bout d'un certain temps, l'induration a fini par disparaître spontanément.

M. DESPRÈS croit que les malades chez lesquels on a observé ces indurations du corps caverneux étaient des individus affectés d'uréthrite ou de prostatite ancienne, avec propagation de l'inflammation au tissu cellulaire avoisinant le tissu spongieux de l'urèthre sur lequel s'était produite une sclérose analogue à la sclérose du rein.

M. VERNEUIL fait observer qu'il n'a nullement visé dans sa communication ni les maladies vénériennes de l'urèthre, ni les indurations inflammatoires du tissu spongieux uréthral; ses malades étaient atteints seulement d'induration du corps caverneux à la face dorsale de la verge. Il ne faudrait pas confondre ces indurations fibreuses avec les scléroses d'origine inflammatoire du corps spongieux.

En faisant sa communication, il n'a pas voulu faire l'histoire des indurations du corps caverneux; il a voulu simplement toucher à un point particulier de l'étiologie, du pronostic et de la thérapeutique de cette affection. Sur quatre de ces malades qui se sont présentés à son observation, il a trouvé trois diabétiques. Or, comme dans l'état actuel de la science, il n'existe rien relativemeet à l'étiologie de l'induration du corps caverneux, que la thérapeutique est absolument impuisssante à guérir cette affection, et que, par suite, des chirurgiens pourront être tentés de vouloir enlever par une opération ces indurations dont le pronostic n'a, d'ailleurs, rien de grave, pour toutes ces raisons M. Verneuil a voulu appeler l'attention des chirurgiens sur la coïncidence de la glycosurie avec l'induration du corps caverneux, et les mettre en garde contre la tentation d'opérer de tels malades avant de s'être assuré s'ils ne sont pas goutteux ou diabétiques. Tel a été l'unique but de sa communication.

— M. le docteur SCHWARTZ, chirurgien des hôpitaux, lit une observation intitulée : *Goître polykystique unilatéral; thyroïdectomie; guérison.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Delens et Richelot, rapporteur.

—

M. POULET, au nom de M. Kiener et au sien, lit une note sur l'ostéite tuberculeuse ou carie des os. Pour eux, ces deux affections, séparées depuis 1836 par Nélaton, ne sont qu'une seule et même maladie. Ils ont constamment retrouvé les caractères du tubercule dans la carie, tandis qu'ils n'ont pu reconnaître la dégénérescence graisseuse des corpuscules osseux regardés comme la lésion caractéristique de la carie. Les tubercules osseux se présentent sous trois formes au point de vue de leur évolution : 1° le tubercule primitif et chronique qui aboutit à la nécrose d'une portion limitée du tissu osseux et à la formation d'une caverne contenant un séquestre; 2° le tubercule tardif à évolution rapide, envahissant, qui se développe dans un organisme épuisé et dans un squelette déjà altéré et graisseux. La carie fougueuse classique, sorte d'ulcère de l'os, appartient à cette forme; 3° l'ostéite tuberculeuse aiguë qui est l'analogue de la pneumonie caséuse aiguë.

Avant de poser les indications thérapeutiques, les auteurs pensent qu'il faut étudier ces formes au point de vue clinique et apprendre à les reconnaître. Faute d'avoir fait ce travail, les résultats d'une intervention trop incertaine ne sont pas très satisfaisants. D'une façon générale, le tubercule primitif et chronique est curable par des opérations partielles (évide-

ment, extraction de séquestres, grattage), tandis que la forme tardive et rapide comporte déjà des opérations plus radicales, des résections et même le sacrifice des membres.

(Comm. MM. Chauvel, Lannelongue, Nicaise.) A. T.

CHRONIQUE

L'incident de l'Ecole de médecine de Nantes. — M. Jousset de Bellesme, professeur de physiologie à cette Ecole, devait prononcer cette année le discours de rentrée. Le sujet de ce discours était Cl. Bernard, dont M. Jousset avait été l'élève, et le manuscrit fut communiqué comme d'habitude au directeur de l'Ecole, M. Laënnec. Celui-ci, après en avoir pris connaissance, le renvoya à son auteur, en le priant d'apporter à son discours des modifications assez importantes. M. Jousset faisait au père Didon et à la famille de Cl. Bernard des allusions que M, Laënnec désirait voir supprimer.

Dans une lettre à M. Jousset de Bellesme, il lui dit : « Dans un discours qui doit être autant que possible académique, qui est prononcé en public, toutes les personnalités doivent disparaître, quand surtout il doit en résulter un dommage pour les personnes mises en cause ; certains détails familiers, qui sont très intéressants dans un article de revue, passent inaperçus dans le silence de la lecture, sont déplacés dans le débit oral et ne sont pas toujours acceptés du public. » Cette critique est parfaitement juste et nous ne pouvons que l'approuver.

M. Laënnec a trouvé encore que M. Jousset de Bellesme rabaissait trop la science contemporaine française au profit de la science allemande ; qu'il prêtait à Cl. Bernard des pensées de matérialisme un peu risquées ; que la critique qu'il faisait de M. Pasteur était pour le moins inutile. « Je vous conseille donc, disait-il à son collègue, de retirer de votre discours ce qui, n'y ajoutant ni élévation ni largeur d'idées, peut être mal interprété et est de nature à froisser les opinions de nos collègues, de beaucoup de parents d'élèves et même de plusieurs de vos élèves. »

M. Jousset de Bellesme fit quelques-unes des concessions demandées ; il modifia quelques détails, mais refusa de toucher au fond de son discours. La majorité de l'Ecole de Nantes se prononça contre lui, et son opinion fut partagée par M. le ministre de l'instruction publique auquel le manuscrit du discours de M. Jousset de Bellesme et la lettre de M. Laënnec avaient été communiqués. M. Duvaux prononça l'interdiction du discours préparé.

Troubles à l'École de médecine de Marseille. — Pendant que l'Ecole de Nantes était en émoi par l'incident que nous venons de raconter, les étudiants en droit de Toulouse se mettaient en révolte contre un de leurs professeurs, maire de la ville, qui refusait de leur faciliter l'entrée du théâtre. Est-ce que, parce qu'il y a un capitole à Toulouse, il va bientôt falloir donner aussi à ces messieurs *panem* et *circenses?*

Après les étudiants de Toulouse, voici ceux de Marseille qui font parler d'eux. Lundi et mardi, le concours pour l'externat en médecine a donné lieu à des manifestations bruyantes, dirigées contre l'administration des hôpitaux. Mardi, le concours a été terminé. La manifestation commencée lundi a pris un caractère plus accentué. Déja pendant les examens, à un certain moment, les membres du jury ont été interrompus par des murmures nombreux et des cris à l'adresse du pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, M. Chancel.

A la fin, le tumulte est arrivé à la période la plus aiguë. Après avoir offert des bouquets aux vainqueurs du tournoi médical, les étudiants ont commencé par allumer, dans la salle, des feux de Bengale et tirer des pétards. Comme la veille, on a fait évacuer la salle sur l'ordre d'un des membres de la commission administrative.

Les élèves se sont alors portés en masse devant la porte de la pharmacie, puis de là, devant la grille d'entrée de l'Hôtel-Dieu, et ont recommencé huées et cris. C'est au milieu de ce déluge de vociférations que les administrateurs sont sortis. Mais lorsque a paru M. Chancel, pharmacien en chef, les sifflets et les cris : A bas Chancel ! Démission de Chancel ! Vive Rietch ! se sont fait entendre avec plus de violence encore et M. Chancel a été accompagné, usqu'à la place Neuve, par le cri : Démission ! Démission ! sur l'air des lampions.

Le tumulte a duré depuis 5 heures de l'après-midi jusqu'à 6 heures environ. S'il faut en croire des renseignements que nous avons tout lieu de supposer exacts, dit le *Petit Marseillais*, la cause de ce tapage serait la façon dont M. le pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu et certains internes de son service auraient été nommés. Ces messieurs auraient été, paraît-il, installés par la commission administrative sans subir de concours, et c'est contre ce mode de nomination que les étudiants auraient protesté.

Un médecin complice d'un charlatan. — La Cour de Nîmes vient de fixer un point de droit

intéressant. Elle a confirmé un jugement du tribunal de Carpentras, qui avait condamné à 200 fr. d'amende, pour exercice illégal de la médecine, M. B..., qui, se faisant le complice d'un empirique du Vaucluse nommé Robert, appliquait, sans en connaître la composition, les remèdes secrets que celui-ci fabriquait, remèdes qui avaient le singulier don d'aggraver l'état des malades au lieu de les guérir. Il va sans dire que les remèdes en question se vendaient très cher. (*Lyon médical* du 3 décembre.)

Nouveaux journaux. — Les maladies des voies urinaires et celles de l'enfance n'avaient pas, jusqu'ici, de représentants dans la presse française. Cette lacune vient d'être comblée par l'apparition de deux recueils spéciaux : les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* et la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*

Le premier de ces recueils n'a même pas d'analogue dans la presse médicale étrangère. C'est du service de Civiale que sont sortis les progrès les plus importants dans le traitement des maladies des voies urinaires, depuis un demi-siècle; il était juste que le premier journal consacré à cette spécialité fût un journal français, dont la création, si je ne me trompe, est due à l'initiative de l'un des continuateurs de Civiale. La direction du journal est partagée entre MM. Guyon, Lancereaux et Méhu; le rédacteur en chef est M. le docteur E. Delefosse; parmi les collaborateurs, nous voyons le nom de presque tous les lauréats du prix Civiale depuis que M. Guyon est à la tête du service des maladies des voies urinaires de l'hôpital Necker : MM. Bazy, Henriet, Malherbe, Reverdin, Segond, Tapret, etc. Il est superflu de souhaiter le succès à un journal paraissant sous de tels auspices; nous ne pouvons que l'assurer de toute notre sympathie.

La *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* a déjà des compétiteurs en Allemagne, en Amérique et en Italie; mais ces organes sont communs à la gynécologie et à la pédiatrie, sauf ceux de l'Allemagne, qui existent depuis longtemps déjà. MM. de Saint-Germain et Cadet de Gassicourt ont eu l'heureuse idée de fonder ce journal, où l'on trouvera, — le nom des directeurs nous en est un sûr garant, — des documents importants relatifs aux maladies chirurgicales et médicales des enfants, et à leur hygiène.

La rédaction du journal a été confiée à M. le docteur Mercier.

Conscription dans le département de la Seine. — Le dernier rapport du préfet sur la situation du département donne d'intéressants détails au sujet des conscrits de la Seine et sur les causes de réforme. La classe 1881, levée en 1882, se composait de 17,658 conscrits. Sur ce nombre, 135 ont été rayés, comme décédés, indignes ou étrangers; 2,116 ont été réformés pour infirmités constatées. Les infirmités qui ont motivé le plus de cas de réforme sont : la vue (maladie des yeux) 102; la faiblesse générale de la constitution, 137; la perte d'un membre (mutilation), 176; les hernies, 261; lss affections du système osseux, 128; de l'oreille, 75; du cœur, 102; les scrofules, 61; les affections du système nerveux, 70. La moyenne de la taille a été de 1 mètre 646 millimètres. Le maximum (1 m. 663^{mm}) a été atteint dans le VIIIe arrondissement. C'est le XXe arrondissement qui a fourni le minimum (1 m. 636^{mm}).

Les infirmiers mititaires. — Il y a dans l'armée française 25 sections d'infirmiers, savoir : 1 dans chacun des corps d'armée de l'intérieur; 3 en Algérie; 3 dans le gouvernement militaire de Paris et 1 à Lyon, Cette organisation est rationnelle; mais certains corps d'armée ne possèdent pas d'hôpital militaire, de sorte qu'on est en droit de demander à quoi sont employés leurs infirmiers, que l'on voit réunis dans une seule et même garnison. Il nous semblerait plus pratique de les réunir dans tous les hôpitaux civils de la région, où des médecins militaires font le service avec des infirmiers pris dans les corps d'infanterie de ligne. Ce serait du même coup obtenir deux résultats excellents, à savoir : 1° la réduction des non-valeurs de l'infanterie; 2° le perfectionnement de l'instruction professionnelle des soldats infirmiers. (*Progrès militaire.*)

Ces vœux vont être en partie réalisés. On vient, en effet, de distribuer à la Chambre le qrojet de loi déposé par MM. Talandier, Marcou, Tony Révillon, Madier-Montjau sur la réorganisation des mnsiques militaires.

D'après ce projet, la musique militaire formerait à l'avenir une compagnie distincte chargée d'un double service: en temps de paix, la musique, et le service médical en temps de guerre.

Tous les musiciens sans exception feraient partie du petit état-major et seraient administrés par la section hors rang.

Les jeunes soldats, reconnus propres à ce service ou désireux d'en faire partie, seraient nommés soldats-musiciens et brancardiers.

Leur instruction militaire serait confiée à un sous-officier ordinaire. Cela fait, ils suivraient des cours spéciaux de musique et d'infirmerie.

Une école militaire de musique serait créée à Paris. Après deux années d'études, les élèves reconnus aptes seraient nommés sous-officiers.

Il y aurait de même, au Val-de-Grâce, une école d'infirmerie, dont les cours seraient suivis par les élèves de l'école de musique.

Les chefs de musique seraient nommés au concours parmi les sous-chefs. Ils formeraient trois classes : majors, capitaines, lieutenants. Les promotions ont également lieu au concours.

Expériences électriques sur un pendu. — Un nommé Tracy a été pendu à Chicago, pour assassinat, le 15 septembre dernier. Les vertèbres du cou avaient été brisées par le choc. Une minute après la mort, dit le *Scientific american*, les docteurs Mann et Bluthardt ont fait les expériences suivantes : un des pôles de la pile fut mis en relation avec la corde spinale, l'autre avec le cœur.

L'effet du courant fut très marqué. Des contractions musculaires se produisirent partout sur le passage de l'électricité, mais spécialement à la face et au cou. Le cœur commença à entrer en contractions faibles, mais d'un rythme assez régulier, bien que le cou fût brisé. Les docteurs Mann et Bluthardt considèrent comme probable que, chez la plupart des Américains pendus, la mort est le résultat de la terrible secousse imprimée au système nerveux. Ils inclinent à croire que, quand l'opération n'a ni brisé le cou ni déchiré la moelle épinière, il est possible de rappeler le patient à la vie par l'électricité, les frictions ou tout autre moyen. — P.

FORMULAIRE

Gargarisme contre la salivation mercurielle. — Kocrer.

Teinture de cachou	8	grammes.
Mellite simple	30	—
Infusion de feuilles de sauge	170	—

Mêlez. — Conseillé contre la salivation mercurielle et le stomatite aphtheuse. — N. G.

COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1882, aura lieu le jeudi 28 décembre 1882, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1882.

— Il n'existe actuellement, en Hongrie, que deux universités : celle de Budapest et celle de Kolozsvar. On veut en fonder une troisième, sans être encore fixé sur la ville où elle sera créée.

L'Université de Budapest a été fondée par Marie-Thérèse en 1780. Dans le cours du deuxième semestre de 1880, le nombre des étudiants se montait à 2,879, dont 807 pour la Faculté de médecine et 84 pour l'École de pharmacie.

L'Université de Kolozsvar était fréquentée par 442 étudiants, dont 186 étudiants en médecine, et 53 étudiants suivant les cours des sciences mathématiques, physiques et naturelles.

—L'administration des hospices de Bordeaux vient d'être l'objet de libéralités importantes.

M. Alfred Mareilhac a légué à l'hôpital Saint-André la nue-propriété d'une rente annuelle de 5,000 francs, avec réserve d'usufruit sur une seule tête. — M. le docteur Chansarel a légué au même hôpital la nue-propriété d'une maison évaluée 60,000 francs, avec réserve d'usufruit sur une seule tête. — M[lle] Castancau et M[me] de Calmels-Puntis lèguent au même hôpital une somme de 10,000 francs. — Enfin M[lle] Jeanne Jaubert a légué aux hospices toute sa fortune, évaluée à 225,000 francs.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Bureau pour 1883 :

Président, M. Tillot ; vice-présidents, MM. Gaulet et Danjoy. — Secrétaire général, M. Leudet ; secrétaires des séances, MM. Cazaux et Paul Bénard. — Trésorier, M. Byasson. — Archiviste, M. Japhet.

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C°, 22, rue Dussoubs.

BULLETIN

Les circulaires ministérielles qui ont vu le jour depuis quelques semaines ont causé un vif étonnement, et cependant tout le monde a conscience que des réformes seraient utiles. C'est la preuve que le ministère n'a pas compris la véritable situation de l'enseignement médical en France, et qu'il se laisse guider par quelques idées préconçues avant de s'être livré à une enquête suffisante.

On a dit qu'il semblait obéir à un vague désir d'imiter les institutions d'outre-Rhin. Or, l'organisation allemande peut être bonne pour les Allemands, et même d'une façon absolue; mais, pour l'utiliser chez nous, il faudrait avoir la preuve qu'elle est applicable à nos mœurs, à nos traditions, à notre génie national, et dans ce cas il faudrait nous l'appliquer tout entière, sans réserve et jusqu'aux moindres détails. Germaniser partiellement nos institutions, serait y porter le trouble et l'incohérence.

Nous ne serions pas ennemi d'une rénovation profonde, si, après de longues études et de nombreuses consultations, elle nous était présentée comme une nouvelle constitution médicale, dont tous les chapitres se relieraient entre eux. Mais nous croyons d'autre part, et nous l'avons déjà dit, qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à la forme des institutions dans la conduite des hommes, et qu'on devrait s'attacher à tirer le meilleur parti de celles qui nous dirigent, au lieu de remanier sans cesse les formules et de changer la couleur des diplômes.

Un de nos confrères de province écrit à la *Gazette médicale* : S'il est prouvé que les médecins manquent de savoir, au lieu de leur octroyer un état-major de dignitaires, il faut rehausser le niveau de l'enseignement. Dans la *Tribune médicale*, M. Laborde soutient en fort bons termes que nous devrions nous occuper avant tout

FEUILLETON

COURS CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

Il s'est élevé récemment dans quelques journaux de médecine une discussion sur ce qu'il convient d'entendre par ces mots : cours clinique des maladies mentales, et la discussion est loin d'être épuisée. Cela, en effet, est assez difficile à définir et à spécifier, eu égard à nos habitudes. En Allemagne ce serait différent, parce que les choses, dans les asiles d'aliénés, se passent tout autrement que chez nous. — Le sens étymologique du mot clinique doit d'abord être écarté ; il ne s'agit pas ici d'études « au lit » du malade. Cela va de soi; mais dit l'un des journaux auxquels je faisais allusion tout à l'heure : « L'enseignement clinique est celui qui se fait par une étude *quotidienne,* attentive, minutieuse des malades; il exige que le professeur vienne tous les jours à l'hôpital et consacre à son service toutes ses matinées, etc. » — Et il paraît que M. le professeur Ball, qui est personnellement visé dans cette discussion, ne remplit pas les conditions qui viennent d'être énumérées. Il a conservé un service à l'hôpital Laënnec; il ne vient que quatre fois par semaine à Sainte-Anne, etc. Comme cette situation particulière tient, selon toutes apparences, aux difficultés qu'a rencontrées M. Ball dans son installation, difficultés qui ont duré si longtemps et qui ont si fort étonné le monde médical, le même journal affirme que M. Ball n'est redevable qu'à lui seul de toutes les difficultés qu'il a pu rencontrer.

Il faudrait savoir là-dessus l'avis de M. le docteur Ball; mais je ne le lui demanderai pas.

de l'organisation élémentaire des études, avant de nous aventurer dans la recherche d'un grade supérieur et transcendental.

C'est la vérité ; ce ne sont pas les titres et les grades qui nous manquent. Le plus pressé, c'est de faire de bons médecins ; et nous n'y arrivons que très imparfaitement, car, sévères ou indulgents, les réponses qu'on nous fait aux examens sont trop souvent d'une faiblesse inouïe et décourageante.

Cette « situation grave », qui fait « le désespoir et presque le dégoût des examinateurs », comme le dit M. Laborde, n'est pas due seulement à certaines modifications récentes, notamment à la suppression des examens de fin d'année. Nous ne chercherons pas dans quelle mesure ces réformes partielles ont manqué leur but ; nous reconnaissons, sans vouloir entrer dans les détails, qu'elles n'ont pas excité les élèves au travail, et qu'en dépit du zèle et du dévouement qui ont présidé depuis quelques années à l'organisation des études pratiques, le « nouveau mode » ne donne pas plus de pathologistes que le stage ne fournit de cliniciens.

Mais nous voulons insister sur un point qui, sans être le seul, est à nos yeux un des plus intéressants, et que nous avons déjà touché dans un précédent *Bulletin*. Ce n'est pas l'ordre et la succession des examens que nous voudrions changer, mais bien certaines conditions qui les rendent illusoires, en particulier la faculté qu'on donne aux candidats de se présenter indéfiniment.

Il faut partir de ce principe que, dans un examen d'une demi-heure environ pour chaque élève, un juge expérimenté peut acquérir des notions précises et parfaitement suffisantes sur la valeur des candidats. Tout examinateur qui sait interroger est certainement de notre avis. Cela étant, qu'importent certains menus détails de l'enseignement préalable ? Il faut, sans doute, une organisation qui mette à la disposition des élèves tous les éléments d'instruction ; mais les obligations diverses, les feuilles de présence, les cours imposés nous semblent perdre une partie de leur valeur, si les candidats trouvent chez leurs juges la ferme volonté de scruter sérieusement leur savoir et de repousser tous les indignes.

Direz-vous que les choses vont ainsi, et que dès maintenant les examinateurs sont libres d'être sévères ? Sans doute ; mais ils n'usent guère de leur droit, car ils y perdraient leur peine. Les élèves refusés ont libre carrière ; ils attendent quelques semaines, et comptent sur une chance meilleure ; si elle tarde à venir, on les recevra de guerre lassé. Aucune limite ne se dressant devant eux, rien ne les excite au travail. Le juge, à son tour, observe que les renvois successifs ne sont l'origine

---

Il doit y avoir au fond de tout cela, si l'on en croit les rumeurs qui ont circulé à ce sujet, bien des questions personnelles qu'il vaut mieux, je crois, ne pas réveiller.

J'ai dit plus haut que les choses, en Allemagne, se passent tout autrement que chez nous, eu égard à l'organisation médicale des asiles d'aliénés. Dans tel établissement de ce genre, que je pourrais citer et dont la population n'est pas considérable, il y a cinq médecins à demeure. Ces cinq médecins font chaque jour, à tous les malades, deux visites réglementaires, et chaque jour aussi ils se réunissent chez l'un deux, qui a le titre de directeur de la maison. Ils se communiquent leurs observations mutuelles, et livrent à la discussion de leurs collègues les moyens thérapeutiques qui leur semblent applicables dans chaque cas donné. On voit que cela ne ressemble en rien à ce qui se passe en France. Il convient, toutefois, de faire remarquer que l'établissemet dont je parle n'est pas destiné à l'enseignement ; que les élèves n'y sont pas admis ; que le public, même médical, ne sait pas ce qui s'y fait, et que, par une discrétion exagérée et regrettable, rien, que je sache, n'a jamais été publié des nombreuses et minutieuses observations qui y ont été recueillies. Voilà de la clinique comme l'entend le critique de M. Ball ; mais on peut, je crois, l'entendre autrement.

En regard des leçons purement théoriques ou doctrinales, telles qu'il en a été fait naguère à la Faculté, on doit considérer comme « clinique » l'enseignement qui a lieu dans les asiles mêmes, et, pour ainsi dire, sur échantillons.

Le professeur soumet les malades à l'observation des élèves, il les interroge de manière à fixer l'attention sur les points qu'il importe de mettre en relief, il communique les renseignement qu'il a recueillis lui-même ou qui lui ont été fournis sur les antécédents du malade et sur les phases antérieures de la maladie ; puis, dans l'amphithéâtre, en l'absence ou en présence des malades, selon les cas, il complète ce qu'il juge à propos que les élèves retiennent à ce

d'aucun progrès sérieux ; sa ferme volonté se relâche, et finalement il arrive à un excès d'indulgence.

Supposez maintenant qu'il soit défendu de se présenter plus de trois fois au même examen. Le tableau changerait alors : une juste sévérité aurait sa raison d'être, car un premier échec pousserait à un effort plus sérieux en faisant entrevoir le terme fatal. Beaucoup mieux qu'aujourd'hui, les candidats seraient dans la main de leurs juges, et il dépendrait de ces derniers de maintenir à un niveau plus élevé la moyenne des examens.

Ce serait là une bien petite réforme, et qui n'amènerait aucun bouleversement. Nous croyons cependant qu'elle serait la cause d'un progrès véritable. — L.-G. R.

CLINIQUE MÉDICALE

ANÉVRYSME DE L'AORTE ; MORT PAR ASPHYXIE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 octobre 1882,

Par M. DU CAZAL, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

B..., âgé de 42 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 27 août 1881, porteur d'un anévrysme de l'aorte.

Le malade nie tout antécédent syphilitique et toute habitude alcoolique.

Il a ressenti au mois de janvier dernier des douleurs dans l'épaule s'irradiant dans le bras et dans la nuque qui, pendant plusieurs mois, furent prises pour des douleurs rhumatismales. Ce n'est que vers le 7 ou le 8 août que le médecin de son corps, frappé de l'altération de ses traits, l'examina, reconnut l'anévrysme et le fit évacuer sur le Val-de-Grâce. Jusque-là il avait pu faire son service.

Etat du malade à son entrée : Face pâle, cyanosée ; traits altérés ; palpitations fréquentes et pénibles ; sommeil souvent troublé par des cauchemars ; appétit assez bien conservé.

Quelques râles de bronchite disséminés dans la poitrine,

A l'inspection du thorax, on découvre à première vue, à gauche et en avant, une tumeur de la largeur d'une pièce de 2 francs qui fait saillie immédiatement en dehors du sternum entre la deuxième et la troisième côte. Cette tumeur est animée de battements et de mouvements d'expansion ; à son niveau, on perçoit un double souffle très rude avec prolongement dans les vaisseaux du cou. Ce souffle s'entend également très bien en arrière. Le pouls n'a pas la même force à gauche qu'à droite.

Le diagnostic ne saurait être douteux : nous avons affaire à un anévrysme de l'aorte portant

---

sujet. A chaque visite, les élèves peuvent constater *de visu* et *de auditu* l'état des malades qu'ils connaissent déjà. Le professeur revient, s'il y a lieu, sur ce qu'il a dit des précédents malades, tout en en présentant de nouveaux au fur et à mesure qu'il en arrive dans ses salles....

Nous pourrions pousser plus loin cettte exposition de ce qui se fait et y joindre des *desiderata* de différents ordres. Mais c'est un sujet qui ne saurait être non épuisé, mais abordé en toutes ses parties, d'une seule fois. Qu'il nous suffise, pour aujourd'hui, de dire que l'enseignement clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, nous paraît répondre à toutes les exigences qu'on est en droit d'élever dans l'état actuel des choses. Nous avons assisté aux leçons de M. le professeur Ball, et nous engageons vivement nos confrères, qui ont libres leurs matinées du dimanche (de 9 heures à 11 heures), à faire comme nous. Ils s'applaudiront d'avoir accompli cette longue course, — presque un voyage ! Ils seront, à coup sûr, charmés, ainsi que nous, de l'attention avec laquelle M. Ball examine tous ses malades, de sa bienveillance envers eux, de l'intérêt qu'il leur témoigne et auquel la plupart de ces pauvres êtres ne sont pas insensibles. Il seront par-dessus tout émerveillés de la facilité d'élocution, de la correction et de l'élégance qui caractérisent les leçons si clairement exposées, si sincères et si pleines de choses avec lesquelles le professeur captive son nombreux auditoire.

M. L.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le concours pour l'une des places d'interne à l'Asile public d'aliénés de Maréville vient de se terminer par la présentation de M. Georges.

C'est la première fois que cette place est donnée après concours subi devant la Faculté. — Un seul candidat s'est présenté.

probablement sur la crosse. Le malade est mis immédiatement à l'iodure de potassium. On commence par un gramme, et, augmentant tous les deux jours la dose de 50 centigrammes, on arrive en quelques jours à la dose de 4 grammes, qui est maintenue du 10 au 28 septembre. Le malade absorbe ainsi 105 grammes d'iodure de potassium en trente-deux jours. Sous l'influence de ce traitement, il accusa un mieux sensible qui se traduisit objectivement par une diminution manifeste des battement de la tumeur.

Mais, à cette date, le malade fut pris d'accidents de bronchite et de dyspnée très intenses : « Je me suis enrhumé », me dit-il. A l'auscultation de la poitrine, je reconnus qu'elle était remplie de râles humides.

Je fis remplacer l'iodure de potassium par les antispasmodiques : belladone et bromure de potassium. Après quelques jours de ce traitement, le malade se trouvait de nouveau mieux et se félicitait de voir arriver la fin de ce qu'il appelait « son rhume » pour pouvoir revenir à l'iodure de potassium, lorsque dans la nuit du vendredi, 6 octobre, il fut pris *tout à coup* d'un accès de dyspnée formidable, et qui ne peut être comparé qu'à ceux de l'asthme le plus intense : le malade est pâle, sans voix, les yeux hagards dans une angoisse indicible. Cette crise cessa après vingt ou vingt-cinq minutes, à la suite d'applications de révulsifs sur les extrémités.

A la sute de cette crise, le malade conserve la voie enrouée et une dysphagie extrême qui rend très pénible l'absorption même des liquides. La poitrine est pleine de râles bronchiques et trachéaux qui s'entendent même à distance et le décubitus dorsal est impossible; le malade dort assis dans son lit.

Une seconde et une troisième crises, semblables à la première, paraissent le samedi 7 et le lundi 9 octobre, dans la journée, et cessent au bout du même temps et de la même manière.

Enfin, dans la nuit du 9 au 10 octobre, survient un quatrième accès qui, malgré tous les moyens employés, emporte le malade après deux heures d'agonie.

Pendant cette dernière crise, j'observai : 1° que le pouls était tantôt imperceptible et tantôt, au contraire, redevenait fort comme si la crise allait prendre fin; il présentait encore ce caractère quelques instants avant la mort et, à ce moment, le malade put parler pour dire qu'il se sentait mieux; puis, le pouls disparut tout à coup pour ne plus reparaître; 2° que le malade meurt dans l'*expiration.*

L'autopsie, pour des raisons spéciales de convenance, ne put être faite complètement; mais, telle qu'elle est, ses résultats permettent cependant quelques considérations qui me paraissent intéressantes. J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces qui en proviennent :

Le cœur est *peu* hypertrophié; on ne trouve de caillots ni dans le cœur gauche, ni dans le cœur droit, malgré une agonie asphyxique qui a duré plus de deux heures.

L'aorte présente les lésions d'une endartérite des plus profondes.

La dilatation se trouve au niveau de la crosse, immédiatement avant la naissance des gros troncs vasculaires. Sa paroi antérieure est adhérente au sternum, qui est usé à une profondeur de 3 millimètres environ. Son volume est à peu près celui d'une tête de fœtus à terme. Elle est remplie de caillots, qui adhèrent assez fortement à ses parois et qui pèsent 300 grammes. En certains points, au fond de la tumeur en particulier, ces caillots atteignent une épaisseur de 3 centimètres et on peut y compter jusqu'à cinq couches stratifiées.

Le poumon est engoué, emphysémateux, sans lésions particulièrement importantes.

RÉFLEXIONS. — L'observation que je viens de rapporter aussi brièvement que possible m'a paru présenter les points intéressants suivants :

1° Le malade s'est plaint, au mois de janvier dernier, de douleurs dans l'épaule qui, pendant plusieurs mois, sont prises pour des douleurs rhumatismales et ne l'empêchent pas de faire un service très pénible qu'il continue jusqu'au milieu d'août, c'est-à-dire deux mois avant sa mort. Jamais il n'a présenté de crises d'angine de poitrine. A l'autopsie, on trouve une matité des plus intenses et des plus étendues et une tumeur anévrysmale énorme, ayant au moins le volume d'une tête de fœtus à terme ! Il y a là, certainement, un de ces faits de tolérance de l'organisme pour les lésions lentement développées qui, pour avoir été fréquemment signalés, n'en surprennent pas moins l'esprit chaque fois qu'il les observe. Ces faits sont connus; je n'y insiste pas.

2° Ce malade n'est pas mort de la rupture de son anévrysme; il est mort dans une crise d'asphyxie qui avait été précédée, à de courts intervalles, de trois autres crises semblables.

Dans l'intervalle de ces crises et la veille encore de la mort, je me suis assuré, par l'examen direct, qu'il n'y avait aucun obstacle mécanique à la respiration au niveau du larynx et que les cordes vocales, en particulier, ne présentaient, ni à gauche, ni à droite, de traces de paralysie.

Or, si l'on ouvre un traité classique quelconque de pathologie interne, on y voit que les malades atteints d'anévrysme de l'aorte sont sujets à des crises de suffocation et qu'ils peuvent être emportés dans une de ces crises. Mais, lorsque désireux de s'éclairer sur le mécanisme de cette mort, on consulte les observations assez rares qui en ont été publiées (par Gairdner, en particulier), on trouve toujours une lésion laryngée pour expliquer l'asphyxie, à ce point que les auteurs conseillent presque tous la trachéotomie, Comment donc expliquer la mort chez notre malade? Nous en sommes réduits à une hypothèse, mais nous croyons, malgré l'absence de paralysie de la corde vocale, que les crises d'asphyxie et la mort doivent être rapportées à la compression du récurrent gauche.

3° Sous l'influence de la médication par l'iodure de potassium, les battements de la tumeur avaient diminué d'intensité et cette diminution dans les manifestations physiques avaient coïncidé avec une amélioration ressentie par le malade. A l'autopsie nous avons trouvé, dans la poche anévrysmale, un caillot pesant 300 grammes.

On pourra dire certainement que ces caillots se sont formés indépendamment de toute action thérapeutique, mais nous n'admettons pas cette fin de non-recevoir d'un scepticisme élevé à la hauteur d'une méthode et qui peut être opposée à la constatation de toute espèce de résultats thérapeutiques et, de ce que nous voyons, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

a. L'iodure de potassium a une action réelle et efficace pour provoquer la formation de caillots dans une tumeur anévrysmale ;

b. Cette action est au moins aussi efficace que celle qu'on pourrait obtenir par n'importe quelle autre méthode de traitement, et cela, tout en étant moins dangereuse ;

c. La guérison d'un anévrysme de l'aorte n'est pas obtenue parce qu'on a provoqué la formation de caillots dans son intérieur ; ceux-ci formés, tout danger n'est pas écarté.

PATHOLOGIE INTERNE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA VARIOLE HÉMORRHAGIQUE (1),

Par le docteur L.-H. PETIT,

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

Une observation de Mercier tendrait à faire croire que la scrofule serait également une prédisposition à la variole hémorrhagique (*Union médicale*, 1853, p. 98, obs. 3), ce qui ne nous étonne guère, sachant que la scrofule est un trouble de la nutrition conduisant assez rapidement aux dégénérescences graisseuses et amyloïdes des viscères.

L'état d'épuisement produit par les affections organiques de longue durée paraît aussi créer une prédisposition à cette forme de variole. C'est ainsi que nous expliquons l'apparition de la variole hémorrhagique dans le cas suivant.

OBS. XXV. — *Affection chronique de l'utérus et des ovaires. — Variole hémorrhagique. — Mort.* (Jean. *Bull. Soc. anat.* 1876, p. 17.)

Marie, 26 ans, excès de coït depuis 2 mois ; ménorrhagie pendant 3 semaines, puis pertes séro-sanguinolentes ; col utérin gros, fongueux, mamelonné, le pourtour de l'orifice est très rouge, ulcéré et saigne facilement. Sous l'influence du traitement, la malade était en voie d'amélioration, lorsqu'elle fut prise des prodromes de la variole.

(1) Suite et fin. — Voir l'UNION MÉDICALE des 30 novembre, 5, 7, 19 et 26 décembre.

Le lendemain soir, état général grave, apparition aux aînes de rash hémorrhagique, et sur le ventre de quelques taches purpuriques. Cet état continue. Mort le 3e jour au soir.

Autopsie. — Taches purpuriques sur le péricarde viscéral. Pas de lésions valvulaires, pas d'endocardite. Intestins et poumons sains. Foie passé sous silence. Reins un peu congestionnés; la muqueuse des bassinets et des urétères est le siège d'une extravasation sanguine sous forme de piqueté très abondant.

Utérus très gros, renfermant un caillot entouré d'une lamelle grisâtre, indiquant une hémorrhagie menstruelle avec desquamation de la muqueuse utérine.

Trompes dilatées, flexueuses et adhérentes aux parties latérales de l'utérus. Les deux ovaires ont subi une dégénérescence remarquable; ils sont formés d'un tissu grisâtre, ressemblant à du caséum; le gauche présente un petit abcès de la grosseur d'une noisette.

Tuberculose pulmonaire, — Cette affection, arrivée à la période de ramollissement des tubercules, s'accompagne comme les précédentes d'un état d'épuisement du sujet, qui paraît bien propice au développement des hémorrhagies varioliques. M. Larembergue en a cité un bel exemple dans sa thèse (p. 41).

Obs. XXVI. — G..., 26 ans. Pas vacciné. Tousse depuis 20 mois, et a senti ses forces diminuer graduellement. Sueurs nocturnes assez fréquentes: pas d'hémoptysie. La fièvre commence le 24 avril. Eruption le 27; ecchymose le 28; épistaxis, hématuries; selles sanglantes. Mort le 30.

Autopsie. — Tubercules ramollis dans les deux poumons; pas d'hémorrhagie pulmonaire; ecchymoses stomacales, hémorrhagies sous la muqueuse du calice et du bassinet du rein droit. Rien de notable ailleurs.

Ce cas vient à l'appui de ce que nous avons dit plus haut, à savoir que si la variole hémorrhagique jouissait du privilège de rendre le rein et le foie gras, ces organes devraient présenter cette altération dans tous les cas de variole hémorrhagique. Or, ici le poison variolique nous paraît avoir agi précisément comme nous le supposons, en qualité d'agent irritant, et en déterminant des hémorrhagies rénales par son élimination. Quant à la cause des hémorrhagies, elle était multiple; le sujet n'était pas vacciné, et son état général était très mauvais par suite de la tuberculose pulmonaire avancée qu'il présentait.

Dans ce cas, il n'y eut pas, comme dans l'Obs. III, d'hémorrhagie pulmonaire; mais peut-être faut-il attribuer ce fait à ce que les lésions pulmonaires étaient moins prononcées dans le cas précédent que dans celui de M. Cot; le malade de M. Larembergue n'avait, en effet, pas encore eu d'hémoptysie au moment où il fut atteint par la variole.

D'ailleurs, la tuberculose par elle-même n'est pas une affection qui prédispose aux hémorrhagies; celles-ci ne surviennent, avant la période de cachexie, que lorsqu'il y a une lésion vasculaire concomitante, par exemple les anévrysmes des petites branches de l'artère pulmonaire au voisinage des cavernes; quand la cachexie est arrivée, les hémorrhagies sont alors sous la dépendance de la dégénérescence graisseuse du foie, si fréquente dans la phthisie pulmonaire.

Pneumonie. — Cette affection, notée dans les antécédents du sujet de l'obs. VII de M. Cot (p. 21), peut se rattacher à l'étiologie de la variole hémorrhagique en raison de l'état général d'affaiblissement qu'elle laisse après elle pendant un certain temps. Le malade était, en effet, convalescent de l'affection pulmonaire lorsqu'il fut atteint de la variole, qui devint hémorrhagique et entraîna la mort en 4 jours. Il peut rester quelque doute dans ce cas, parce que l'état des viscères abdominaux n'est pas mentionné à l'autopsie. Toutefois, le poumon jouant un rôle capital dans la sanguification, il n'est pas défendu d'admettre que la pneumonie a pu créer un état général et une altération du sang capables de provoquer l'apparition d'hémorrhagies capillaires dans une variole survenant immédiatement après cette pneumonie.

Purpura hémorrhagique. — On admet généralement que les hémorrhagies cutanées caractéristiques de cette affection sont déterminées par une cachexie anté-

rieure; on ne peut donc s'étonner de voir la variole revêtir la forme hémorrhagique chez un purpurique. Nous devons une belle observation de ce genre à l'obligeance de M. A. Mathieu, interne des hôpitaux (1).

Obs. XXVII. — Homme de 25 ans. Pas de maladies antérieures. Purpura aux jambes, aux cuisses, aux bras, en 1862. Vingt mois après (16 janvier 1864), érythème des membres inférieurs; anciennes plaques cicatrisées à la plante des pieds; ulcération à la malléole externe gauche.

Le 25 janvier, érythème sur les bras et les épaules; le 30, purpura hémorrhagique sur l'érythème, continuant par poussées en février et mars. Néanmoins l'ulcère guérit. Le 23 février, début d'un abcès ganglionnaire cervical; le 2 mars, abcès ano-périnéal; le 5 mars, incision de l'abcès cervical. Guérison. Du 19 au 24 mars, accès de fièvre semblable à ceux de la fièvre intermittente. Guérison par le sulfate de quinine. Le purpura continue néanmoins. Le 25, la fièvre devient continue et une éruption variolique survient le 28; elle dure jusqu'au 4 avril. Elle est discrète, sauf aux pieds où il y avait alors des plaques de purpura. Dans cette région, elle est confluente et hémorrhagique. Après la guérison de la variole, le purpura continua sa marche. Il y eut de nouvelles poussées aux jambes jusqu'en juillet; le malade fut alors perdu de vue. Divers traitements : tannin, quinquina, sulfate de quinine, bromure de potassium, douches froides, bains sulfureux, ne paraissent avoir eu aucune influence sur le mal.

Voici comment on peut interpréter ce fait. Il existait évidemment, avant l'apparition de la variole, une altération du sang, révélée par le purpura. La région à laquelle était alors borné le purpura constituait le lieu de moindre résistance de l'organisme ; c'est sur elle que s'est portée avec le plus de violence l'éruption variolique, comme on l'a remarqué maintes fois pour les cicatrices anciennes, les places de vésicatoires, etc. : de là la confluence de l'éruption limitée aux pieds. Cette éruption est, en outre, devenue hémorrhagique, parce que des hémorrhagies, liées au mauvais état général du sujet, se produisaient alors spontanément dans la région affectée par elle.

Voici une autre observation que j'ai trouvée dans la thèse de M. Dop, et dans laquelle il existait évidemment une prédisposition antérieure aux hémorrhagies :

Obs. XXVIII. — Un malade avait depuis longtemps déjà des épistaxis habituelles, lorsqu'il fut atteint par la variole hémorrhagique. Le deuxième jour, on appliqua 12 sangsues qui donnèrent du sang sans interruption jusqu'à la mort survenue trois jours après. (Obs. I de la thèse de Dop.)

Ceux qui admettent une diathèse hémorrhagique, ou hémophilie, reconnaîtront sans doute dans ce fait un cas de cette diathèse, et diront que les épistaxis habituelles, l'écoulement sanguin, persistant par les piqûres de sangsues, et les hémorrhagies varioliques étaient des manifestations de la même diathèse.

Ceux qui ne l'admettent pas, et je suis du nombre, penseront que la cause de ces hémorrhagies multiples réside dans les lésions viscérales trouvées à l'autopsie. Celle-ci, en effet, a révélé une altération du foie, de la rate et des reins. La nature de cette altération n'est malheureusement pas indiquée; mais il est permis de penser qu'une altération viscérale, assez marquée pour être visible à l'œil nu, n'a pas été sans jouer un grand rôle dans la production des hémorrhagies multiples signalées dans l'observation.

Quant à la diathèse hémorrhagique, je pense, comme M. Verneuil, qu'elle n'existe pas en tant qu'état général indépendant, et que les hémophiles sont des sujets dont les organes hématopoiétiques, en totalité ou en partie, sont plus ou moins profondément altérés.

Je pourrais citer bien d'autres observations analogues, mais j'ai dû me borner à donner ici les types principaux de celles que j'ai réunies.

Ce que j'ai fait pour la variole pourrait être fait d'ailleurs pour d'autres affections

(1) Cette observation, restée longtemps inédite, a été recueillie en 1864 dans le service de M. Lailler, par M. Julliard, alors son interne.

à formes hémorrhagiques, comme la scarlatine, le scorbut, le purpura, etc., et il est probable qu'on arriverait aux mêmes résultats.

Je pense également que la même enquête, faite pour toutes les formes dites malignes des affections médicales, démontrerait que la plupart de ces formes malignes sont sous la dépendance de l'état constitutionnel du malade; et alors, toutes réserves faites pour l'influence épidémique, dont il serait nécessaire de refaire l'étude à la lueur des données scientifiques actuelles sur les microbes, je crois qu'on arriverait à considérer la malignité dans les maladies comme causée surtout par l'état constitutionnel du sujet, ayant pour caractéristique anatomique les dégénérescences viscérales, et à dire qu'elle est la traduction de cet état constitutionnel (1).

(1) La communication faite à l'Académie de médecine au commencement de cette année par M. Balzer, sur la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses, va probablement faire entrer l'étude de ces maladies dans une voie nouvelle (*Revue de médecine*, avril 1882, p. 307). Mais s'il était démontré que la présence des microbes dans les organes atteints de dégénérescence granulo-graisseuse est un fait constant, ne serait-on pas en droit de dire que les microbes se sont arrêtés dans ces organes parce qu'ils étaient altérés plutôt que de soutenir que ces organismes jouissent de la propriété d'amener la dégénérescence graisseuse des viscères ?

L'arrêt des microbes dans les cellules des organes altérés se produirait d'après un processus à peu près analogue à celui des microbes de la malaria déterminant la gangrène par stase de ces microbes dans les capillaires, les cellules retenant les uns parce que leur altération les empêche de les éliminer, et les capillaires les autres parce qu'ils sont atteints d'un spasme plus ou moins prolongé.

BIBLIOTHÈQUE

LE MONDE PHYSIQUE, par Amédée GUILLEMIN. — Tome troisième : *le Magnétisme et l'Électricité*. — Paris, librairie Hachette.

Le premier volume de ce bel ouvrage a pour sujets la *Pesanteur*, la *gravitation universelle*, le *son*; le deuxième traite de la *lumière*. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont eu connaissance de ces deux livres. Celui que nous avons sous les yeux est consacré au *magnétisme* et à l'*électricité*, c'est-à-dire à une partie de la physique, qui a pris, dans ces derniers temps, une importance inattendue. Un succès magnifique est assuré à ce volume. Comment pourrait-on, en effet, rester indifférent devant ce lumineux exposé des phénomènes auxquels nous devons la boussole, l'éclairage le plus brillant, la télégraphie électrique, les téléphones, et tant de créations merveilleuses, utiles ?

Bien que la théorie du magnétisme et de l'électricité n'offre point encore toute la précision et toute la rigueur qu'on pourrait désirer, on ne saurait assez admirer la prodigieuse accumulation de découvertes faites, dans les trois derniers siècles, sur un sujet qui avait été jusque-là inconnu et inexploré; et cette branche de la science est aujourd'hui dans la phase de transformation qui fait passer plus ou moins rapidement une science purement expérimentale à l'état de science mathématique, dont tous les faits peuvent se soumettre au calcul. Or, en attendant l'avènement d'une théorie positive, et même pour y concourir, quoi de plus intéressant, de plus nécessaire, de plus recherché, que la description des phénomènes et de leurs lois, et l'exposé des mille applications qu'on a su en tirer? Tel est le but que s'est posé l'auteur du livre que nous annonçons, et l'on peut dire qu'il a tracé toutes ces descriptions et tous ces exposés d'une manière magistrale, mais claire et précise, qui en rend la lecture facile et instructive.

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans les innombrables détails de sa publication. Il faut lire religieusement tout ce qui est relatif au magnétisme et à l'électricité, en saisissant au passage des phrases empreintes d'une sobre philosophie; entre autres, en parlant de l'hypothèse de Coulomb : « ... Cette théorie n'est rien de plus qu'une manière commode de relier un grand nombre de faits qui, sans cela, resteraient en apparence isolés. Elle n'apprend rien sur la cause des phénomènes, cause qui probablement est la même que celle des phénomènes électriques. Si, comme on est porté à le croire, l'électricité n'est qu'un mode particulier des mouvements de l'éther, et si l'on parvient à définir nettement ce mode, le magnétisme lui-même, on le verra plus loin, se trouvera rattaché à toutes les forces physiques; sa théorie ne

formera qu'un cas particulier de la théorie universelle. » On remarquera aussi ce qui est dit de la curieuse liaison des phénomènes magnétiques terrestres avec les accidents de la surface solaire ; également le chapitre des aurores boréales et australes, éclairé — l'expression est à sa place ici — par des images remarquables qui nous donnent le spectacle spendide que nous ne pouvons aller admirer dans les régions polaires. Les phénomènes électro-chimiques intéresseront vivement les lecteurs. Mais il est probable que ceux-ci se porteront avec empressement sur le chapitre consacré à la lumière *électrique*, et en admireront les dessins ; sur celui qui est relatif aux *météores électriques* avec son analyse spectrale de la lumière électrique, ses figures éclatantes, ses notions sur les éclairs et le tonnerre, sur les feux Saint-Elme, sur la grêle, sur les trombes, etc. On lira avec curiosité le paragraphe intitulé : les *pays électriques* : « ... Il parait prouvé que c'est dans les régions équinoxiales que le tonnerre se fait le plus souvent entendre, ou que les orages électriques sont le plus fréquents. A mesure qu'on approche des hautes latitudes, le phénomène devient plus rare. Il paraît inconnu au Spitzberg, et en général au delà du 75e degré ; en Islande, il ne tonne presque jamais. Les circonstances locales ont évidemment une influence marquée, puisque dans le Bas-Pérou, à Lima, le tonnerre est inconnu. Il est plus fréquent sur les continents et les îles qu'en mer, et devient plus rare à mesure qu'on s'éloigne des côtes. Les faits historiques qui se trouvent mentionnés dans les auteurs anciens paraissent donner quelque probabilité à l'idée que depuis les temps anciens les orages ont diminué d'intensité..... » Rien de plus curieux que les phénomènes décrits ensuite, le *chant des bâtons*, le *bourdonnement des roches*, etc., etc.

Viennent enfin la description et la théorie de la *boussole*, des *paratonnerres*. des *télégraphes électriques*, des *câbles électriques sous-marins*, des *téléphones*, des *microphones*, etc. etc.

M. Guillemin est un habile vulgarisateur. Il est complet, et avec lui on se trouve au niveau des connaissances contemporaines ; il est savant, mais d'une science que j'appellerai sociable, et qui est à la portée de tout lecteur intelligent dont l'esprit a été cultivé. Enfin, il est correct sans sécheresse et clair sans longueurs. Son livre sera donc recherché par les personnes qui désirent se familiariser avec les phénomènes physiques au sein desquels nous vivons.

G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Niepce, qui se porte candidat au titre de membre correspondant national ;

2° Une lettre de M. Roques (de Neuilly-sur-Seine) sur les règles d'hygiène que l'homme doit suivre dans les régions où il vient s'implanter ;

3° Un mémoire manuscrit sur l'application de la loi relative à la protection des enfants du premier âge, par M. Frédéric Bayot.

—

M. Brouardel présente : 1° au nom de M. le docteur Maurice Laugier, l'article *Strangulation*, extrait du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques ; — 2° au nom de M. Charles Girard, une brochure intitulée : *Documents sur les falsifications des matières alimentaires*, et sur les travaux du Laboratoire municipal.

M. Alfred Fournier présente, de la part des docteurs Barthélemy et Colson, un exemplaire de leur traduction du *Traité pratique des maladies de la peau* de Duhring.

—

M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance :

1° Dans la section de pathologie interne, en remplacement de M. Woillez ;

2° Dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police municipale, en remplacement de M. Hillairet.

—

M. Brouardel, au nom de MM. Charles Bouchard, Capitan et Charrin, lit une note *sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture.*

Après MM. Christat et Kiener, qui, les premiers, en 1868, ont signalé la présence de microbes dans les produits morveux, les auteurs de ce travail ont reconnu l'existence de cet

organisme non seulement dans les parties exposées à l'air, telles que les ulcérations nasales et les abcès pulmonaires, mais aussi dans les parties non exposées, ganglions, rate, foie.

La présence constante de ces organismes, présentant partout les mêmes caractères, était une présomption en faveur du rôle pathogénique qu'ils peuvent jouer dans la production de la maladie. Pour démontrer que ce rôle leur appartient réellement, il fallait pouvoir reproduire chez l'animal, et particulièrement chez l'âne, la maladie morveuse en inoculant ces seuls microbes développés en dehors de l'organisme malade, et sans mélange possible avec aucune particule provenant du corps de l'animal morveux. Il fallait donc procéder à l'aide de cultures successives.

Les auteurs ont réussi à obtenir la multiplication du microbe des produits morveux de l'homme, du cheval et du cobaye dans des solutions neutralisées d'extrait de viande mises à l'étuve à la température de 37°.

A l'aide d'ensemencements successifs, ils ont obtenu la pullulation du microbe pur de tout mélange jusqu'à la huitième culture. La multiplication ne s'observait pas dans les vases maintenus au contact de l'air.

Des expériences préalables leur ont montré que la première et la seconde cultures gardent la propriété virulente du pus morvenx.

La maladie morveuse produite chez le cobaye par l'inoculation des cultures est absolument semblable, au point de vue clinique et au point de vue anatomique, à la morve déterminée chez le même animal par les produits morbides puisés dircctement chez le cheval.

Enfin les conclusions que l'on peut déduire des expériences qui précèdent se trouvent confirmées par d'autres expériences qui portent sur 61 animaux.

La morve serait donc la seconde maladie virulente de l'homme dont la nature parasitaire serait démontrée, cette démonstration n'ayant été faite, jusqu'à ce jour, que pour le charbon, parmi les maladies virulentes qui atteignent l'espèce humaine.

—

M. Henri Roger communique, au nom de M. le docteur Nivet, membre correspondant à Clermont-Ferrand, une *Note sur les épidémies de maladies puerpérales qui ont régné, depuis* 1860, *dans le service d'accouchement de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand et sur les effets comparés des acides phénique et salicylique.* Voici les *conclusions* de ce travail :

L'Hôtel-Dieu, dans lequel se trouvent placées les salles d'accouchement, est bâti sur un terre-plein de pipérite ou tuf volcanique qui est battu par les vents d'ouest et du sud, moins complètement par ceux du nord. A côté de ces avantages se trouvent des conditions hygiéniques fâcheuses :

1° Les effluves venant du ruisseau des tanneurs et du dépôt des fumiers de la ville arrivent jusqu'à cet hôpital, lorsque soufflent les vents d'ouest et du sud-ouest;

2° La salle d'accouchement n'est pas à l'abri des mauvaises odeurs qui se produisent dans les lieux d'aisances et dans les canaux à vidanges qui leur font suite ;

3° Une seule salle, insuffisamment aérée, reçoit les femmes grosses et les femmes accouchées;

4° Malgré ces conditions mauvaises, les épidémies de maladies puerpérales sont rares et peu graves dans le service des accouchements;

5° Elles sont quelquefois moins meurtrières que dans la ville (1878);

6° Les fouilles exécutées dans les loges des fous et dans le passage qui conduit à la salle d'accouchement ont paru jouer un rôle important dans la production de l'épidémie de juin 1882;

7° La solution aqueuse saturée d'acide salicylique n'a nullement empêché l'arrivée de cette épidémie, tandis que les applications et les fumigations phéniquées ont arrêté promptement ses progrès et, cependant, les autres conditions hygiéniques n'avaient pas été modifiées.

—

M. Ball lit un travail intitulé : *Le crétin des Batignolles ; autopsie.*

En résumé, dit l'auteur, le caractère principal du cerveau de ce crétin est son extrême simplicité. Quant aux légères anomalies que nous avons signalées, elles n'ont pas une importance capitale.

Maintenant que nous connaissons le crâne et son contenu, nous pouvons assez facilement nous rendre compte de ce fait pathologique. Il s'agit évidemment d'un arrêt de développement motivé, sans doute, par la maladie de nature inconnue qui a frappé le sujet à l'âge de 11 mois et qui a réduit sa taille et atrophié son intelligence.

« Quant au crâne, on peut prononcer le mot de rachitisme, en raison de sa disposition générale, et cette manière de voir est confirmée par l'existence de lésions rachitiques bien caractérisées à la partie supérieure du sternum.

« Notons ici deux points, qui nous paraissent dignes de remarque : les parois du crâne, contrairement à ce que l'on a observé chez beaucoup d'idiots et de crétins, étaient d'une extrême minceur, ce qui s'explique par le défaut d'ossification.

« D'un autre côté, le cerveau était volumineux par rapport à la taille du sujet, qui cependant n'offrait aucune vigueur musculaire. Les fonctions de motilité étaient chez lui presque aussi rudimentaires que les facultés intellectuelles ; de telle sorte que la masse considérable de son cerveau ne semblerait nullement avoir compensé l'extrême simplicité de sa forme. »

—

M. le docteur Onimus lit un travail intitulé : *De la contractilité utérine sous l'influence des courants électriques.* Voici le résumé de ce travail :

« A l'état ordinaire il est difficile de déterminer des contractions utérines aussi bien par les courants électriques que par d'autres excitants. Cela se conçoit aisément, car l'organe n'a alors qu'une nutrition restreinte, étant pour ainsi dire à l'état d'hibernation.

« Lorsque, au contraire, la matrice est gravide, il est plus aisé de provoquer des contractions, mais *cela n'est réellement facile que lorsque, pour une cause quelconque, les contractions physiologiques existent.*

« Dans ce cas, on peut, comme nous l'avons observé, les modifier et peut-être même les régulariser. Les contradictions que l'on trouve dans les auteurs tiennent uniquement à ce que l'on a confondu ces différents états de la matrice, qui sont tellement tranchés au point de vue des réactions qu'ils en font, pour ainsi dire, des organes différents. Dans les études physiologiques, comme dans les applications thérapeutiques et dans les questions de médecine légale, il est donc nécessaire de tenir compte de ces différences d'activité autonome que l'on pouvait soupçonner *a priori* et que nous avons observées expérimentalement. »

—

Dans le courant de la séance, divers scrutins ont eu lieu pour le renouvellement partiel des commissions permanentes. Ont été élus :

Épidémies : MM. Ernest Besnier et Bucquoy.

Eaux minérales : MM. Gustave Bouchardat et Moutard-Martin.

Remèdes secrets : MM. Baudrimont et Lancereaux.

Vaccine : MM. Hervieux et Goubaux.

Hygiène de l'enfance : MM. Bergeron et Marjolin.

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la Commission des associés nationaux.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 15 au 21 décembre 1882. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,202. — Fièvre typhoïde, 84. — Variole, 9. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 35. — Dysenterie, 1. — Érysipèle, 9. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 45. — Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 83. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 74. — Bronchites aiguës, 34. — Pneumonie, 81. Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 46 ; au sein et mixte, 33; inconnus, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113 ; circulatoire, 86 ; respiratoire, 84 ; digestif, 43 ; génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulat. et muscles, 6. — Après traumatisme, 1. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 2.

Conclusions de la 51e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1,208 naissances et 1,202 décès.

Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1,071, 1,064, 1,135, 1,094. Le chiffre de 1,202 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres de décès des quatre dernières semaines.

La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès accusés par les Affections épidémiques fait ressortir :

Une aggravation pour la Fièvre typhoïde (84 décès au lieu de 49) pendant la 50e semaine, l'Erysipèle (9 au lieu de 3), l'Infection puerpérale (9 au lieu de 4).

Une atténuation pour la Diphthérie (35 décès au lieu de 43).

A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 9 décès par Variole (au lieu de 7), 18 par Rougeole (au lieu de 16), 1 par Scarlatine (au lieu de 3), et 5 par Coqueluche.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la Variole (15 malades reçus du 11 au 17 décembre, au lieu

de 17 entrés pendant les 7 jours précédents), et supérieur pour la Fièvre typhoïde (172 au lieu de 171), et pour la Diphthérie (37 au lieu de 18).

Depuis plusieurs semaines, la mortalité par Fièvre typhoïde avait toujours été en s'atténuant 120, 79, 73, 62, 49. Le nombre des admissions dans les hôpitaux avait aussi suivi un mouvement décroissant, 294, 221, 171, 185, 171. Rien ne faisait donc prévoir l'excédent de 35 décès que vient de subir le chiffre des décès typhoïdiques. Cette aggravation n'étant pas le résultat d'un plus grand nombre de cas d'invasion ne peut provenir que des accidents de la convalescence, si fréquents et si redoutables dans cette affection, plébites, limphangites, ulcérations, troubles nerveux, lésions du poumon ou de l'appareil digestif, etc.. et ne doit pas faire redouter, quant à présent, une reprise de l'épidémie dont Paris vient d'être victime.

Les quartiers les plus frappés cette semaine par la Fièvre typhoïde sont ceux de *Saint-Thomas-d'Aquin*, des *Quinze-Vingts* et du *Montparnasse* : ils ont fourni chacun 4 décès. Ceux du *Mail*, de *Saint-Victor*, de la *Roquette*, de *Sainte-Marguerite*, de la *Plaine Monceaux*, des *Épinettes* et du *Pont-de-Flandre* en ont compté chacun 3. La Rougeole, qui tend à progresser depuis quelques semaines, a fait 4 victimes dans le quartier des *Épinettes*.

Dr Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la limite d'âge de M. J. Bergeron, médecin de l'hôpital Trousseau :

M. d'Heilly passe de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Trousseau ;

M. Sevestre, de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Antoine ;

M. Rathery, de l'hôpital de Lourcine à l'hôpital Tenon ;

M. Hutinel, médecin du Bureau central, à l'hôpital de Lourcine.

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'internat s'est terminé mercredi soir, 20 décembre. Ont été nommés :

A. Internes titulaires : MM.

1. Hallé, Charles, Barbier, Dubief, Brunon, Mérigot de Treigny, Barbillion, Denucé, Boiffin, Guillet, Notta, Ménétrier, Clado, Crespin, Carlier, Florand, Roger, Cayla, Belin, Largeau.

21. Moussous, Varnier, Blanc, Chaslin, Festal, Jeanton, Delon, Gellé, Lubet-Barcon, Renaud, Larmand, Gilly, Toupet, Vigneron, Pignol, Berbez, Achard, Dnbreuilh, Blocq, Weber.

41. Broussole, Vallin, Braine, Bouttier, Schachmann et Berthod.

B. Internes provisoires : MM.

1. Hischmann, Potocki, de Tornery, Budor, Belin (Joseph), Aurière, Mortin de Gimard, Favrel, Raymond, Thouvenet, Demoulin, Derville, Lauth, Jeanselme, Wins, Champeil, Leclercq, Crivelli, Engelbach, Chochon-Latouche.

21. Despréaux, Villar, Didier, Ribeton, Jacquet, Cahn, Godet, Girode, Ressein, Dumoret, Demars, Peraire, Duroselle, Lavic, Lepage, Costilhes, Duchon-Doris, Bocquet, Camescasse, Berne.

41. Butruille, Dautel, Leflaive, Courtade, Gomet-Lévy.

Épidémies. — On écrit de Gorée, 10 décembre, au *Journal du Havre* :

« Le bulletin sanitaire de Dakar peut se résumer ainsi : deux décès en ville, le dernier à la date du 3 courant ; deux au lazaret, provenant de l'équipage de l'Aviso l'*Albatros*, le plus récent à la date du 7.

« L'amélioration est manifeste ; il n'y a plus de malades en ville. On signale quelques fièvres typhoïdes au camp des Madeleines ; mais dans toutes les autres parties de la colonie l'état sanitaire est très satisfaisant, et la température est, d'ailleurs, excellente. »

Le Gérant, Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, 22, rue Dussoubs.

CLINIQUE MÉDICALE

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 août 1882,

Par le Dr M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Nous n'apprendrons rien à nos confrères, en rappelant les merveilleux effets du régime lacté dans diverses affections de l'estomac et notamment dans le traitement de l'ulcère simple; ce régime est classique et tout medecin a pu en apprécier les heureux résultats.

Cest une règle dont il ne faut guère s'écarter; nous l'avons appris à nos dépens ou, plus exactement, aux dépens d'un de nos malades. Nous basant sur l'extrême digestibilité des poudres de viande que nous avons introduites dans la thérapeutique, nous crûmes pouvoir les administrer à un sujet atteint d'ulcère gastrique; une hématémèse terrible vint nous rappeler que le régime lacté convient seul en pareille circonstance. Empressons-nous d'ajouter que, depuis cette époque, le malade a guéri.

Le régime lacté, tel qu'il est ordinairement prescrit, n'est cependant pas bien supporté par tous les individus. Il n'est pas rare de voir le lait mal digéré par l'estomac et les intestins, les irriter, et cela d'une façon si évidente, que certaines personnes prennent, à l'état de santé, une tasse de lait pour obtenir une légère purgation; on conçoit alors l'impossibilité de faire supporter une alimentation purement lactée. Nous nous sommes alors bien trouvé de prescrire du lait écrémé. La graisse, tout émulsionnée qu'elle soit, est encore difficile à digérer, et tel malade, qui ne supportait pas le lait, supporte merveilleusement le lait écrémé.

Inversement, il nous est arrivé de prescrire avec succès une tasse de crème prise le matin à jeun dans des cas où nous voulions obtenir une légère purgation, ou simplement entretenir la liberté du ventre.

Même chez les personnes qui supportent bien le régime lacté au début, il devient souvent impossible de le faire tolérer longtemps; il survient un sentiment de dégoût qui empêche de le continuer jusqu'à l'époque de la guérison. Nous avons alors eu recours à l'emploi de la sonde œsophagienne (que le malade introduit seul dès la seconde ou troisième séance) et, grâce à ce procédé, ceux de nos malades qui étaient arrivés à ne plus pouvoir ingérer un peu de lait, tant était grande leur répugnance, ont pu pendant plusieurs mois en ingérer plusieurs litres par jour.

Un autre avantage de la sonde est de supprimer les vomissements, les malades ne vomissant pas ce qu'ils ingèrent ainsi. C'est là un fait paradoxal que nous avons déjà signalé (1), et qu'on peut vérifier dans les vomissements de l'hystérie, de la phthisie pulmonaire, des diverses affections de l'estomac, etc., etc.

L'alimentation artificielle permet encore d'introduire un litre de lait d'un coup, tandis que le malade qui le boit est obligé de le prendre par verres, pendant toute

(1) Debove. Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée. (*Société médicale des hôpitaux* et *Union médicale* 1881.)

Id. Recherches sur l'alimentation artificielle, la suralimentation et l'emploi des poudres alimentaires. *Ibid.*, 1882.

la journée, ce qui exige un travail continu de l'estomac et ne lui permet, pour ainsi dire, pas de se reposer. Au bout de trois heures, nous enlevons par un lavage le résidu de la digestion. La quantité d'aliments ainsi enlevée est peu considérable. Nous supprimons cette fin des opérations digestives, souvent pénible et bien peu profitable, vu la petite quantité de matière dont il s'agit, et nous permettons ainsi à l'organe malade de se reposer jusqu'au repas suivant. Notre pratique n'est donc pas conforme à celle généralement observée, puisque le plus souvent on lave l'estomac avant le repas, nous le lavons trois heures après. Le liquide employé est une solution de bicarbonate de soude (4 p. 1,000).

Des hommes éminents, parmi lesquels Leube (1), conseillent de s'abstenir de lavage quand il s'agit d'ulcère simple, parce qu'on craint une perforation. Mais il faut remarquer que l'ulcère siégeant ordinairement à la petite courbure et au voisinage du pylore, la sonde ne peut guère le rencontrer, et d'ailleurs ce danger n'est pas à craindre avec les sondes molles, et nous avons souvent montré que l'effort, exercé par une sonde molle tenue à une certaine distance de son extrémité, n'est pas suffisante pour rompre une feuille de papier à cigarette bien tendue. On peut craindre, il est vrai, que la rupture arrive de ce fait qu'on a distendu l'estomac par le liquide introduit, mais cette crainte disparaîtra si on a toujours soin de ne pas injecter à la fois dans l'estomac une quantité d'eau supérieure à un litre.

Lorsque le malade va mieux, trois litres de lait ne sont plus suffisants, il faudrait lui en prescrire cinq et six ; mais il se plaint alors d'uriner abondamment, d'avoir des sueurs, d'éprouver un sentiment de lassitude générale. Nous avons, en effet, pu remarquer dans toutes nos recherches relatives à l'alimentation artificielle que l'absorption de quantité considérable d'eau affaiblissait le malade et que tous les exercices devenaient l'occasion d'une véritable fatigue. Dans le régime lacté, les malades l'attribuent à ce que le lait ne les nourrit pas, ce qui est manifestement inexact pour des malades (et nous en avons observé plusieurs) qui absorbaient sept à huit litres de lait dans les vingt-quatre heures. Ces faits sont bien connus des éleveurs de bétail qui ont remarqué qu'en donnant à un animal une nourriture trop aqueuse on l'amollissait, pour employer leur expression.

Pour ces raisons, nous avons été amené à chercher les divers moyens de prescrire le régime lacté sous un petit volume, afin d'empêcher les accidents dont nous venons de parler et qui peuvent être attribués à une sorte de pléthore aqueuse. D'autres motifs nous ont encore guidé : la difficulté d'introduire la sonde six fois par jour (car, il est imprudent de mettre dans l'estomac plus d'un litre de lait d'un coup), et aussi la nécessité de ne pas exiger de l'estomac un travail ininterrompu, ce qui est inévitable si le malade fait une série de repas dans la journée.

L'emploi du lait concentré est la première méthode à laquelle nous ayons eu recours. En le faisant dissoudre dans du lait frais, on obtient un mélange représentant deux litres de lait, sous volume d'un seul. Ce procédé donne d'assez bons résultats et peut être employé avec avantage. Mais il présente plusieurs inconvénients ; le mélange est trop sucré, car les conserves de lait sont de véritables confitures, et leur digestibilité est loin d'être parfaite.

Nous nous sommes bien mieux trouvé de l'emploi du lait concentré au moment du repas. Deux litres de lait sont versés dans une large bassine, évaporés au bain-marie et administrés lorsqu'ils sont réduits au volume d'un seul. Cette façon de procéder n'a qu'un inconvénient : elle exige un outillage un peu complexe, et elle est fort gênante par la nécessité de répéter l'opération plusieurs fois par jour ; aussi avons-nous cherché à fabriquer des poudres de lait qu'on pût faire dissoudre dans du lait frais ; voici comment nous avons opéré :

Nous avons pris du lait frais et l'avons écrémé. Il est préférable de prendre du lait privé de sa graisse, parce que celle-ci sera toujours assez difficile à digérer et parce que les poudres privées de graisse se conserveront mieux. L'écrémage doit être fait sur du lait aussi frais que possible; pour cela, nous le battions dans une

(1) Leube. *Ziemssen's Handbuch siebenter Band.*

baratte, nous filtrions sur un linge et retenions ainsi le beurre. Si jamais ces opérations devaient se faire industriellement, elles seraient singulièrement facilitées par ces nouveaux appareils à vapeur basés sur l'action de la force centrifuge, et qui permettent d'écrémer à l'heure trois cents litres de lait frais. Quant au procédé qui consiste à laisser reposer le lait vingt-quatre heures et à l'écrémer, il offre le grave inconvénient d'un écrémage incomplet, et surtout de permettre au liquide de s'altérer.

On fait ensuite évaporer au bain-marie le lait privé de sa crème. On obtient ainsi une matière solide intimement adhérente à la paroi et qu'il est difficile de détacher. Nous avons évité cette adhérence en précipitant le lait par l'acide acétique et en évaporant. L'acide acétique se volatilise par la chaleur, et il reste une matière solide, mélange de caséine, de lactose et de sels, mélange facile à pulvériser. L'évaporation doit, bien entendu, se faire dans des vases inattaquables par l'acide acétique.

Cent vingt grammes de poudre ainsi préparée représentent à peu près un litre de lait; elle se disssout en partie (sels et lactose), en partie reste en suspension (caséine) lorsqu'on la mélange à un litre de lait frais. On a de cette manière deux litres de lait sous volume d'un seul, et nous pouvons affirmer que les malades atteints d'ulcère simple de l'estomac se sont tout à fait bien trouvés de cet aliment.

Malgré la facilité avec laquelle on prépare ces poudres, nous devons avouer que les échantillons qui nous ont été soumis par divers droguistes étaient fort défectueux : les uns étaient brunâtres parce que la lactose s'était caramélisée, les autres avaient une odeur caséeuse due à des fermentations. Les bonnes poudres de lait doivent être blanches, sans odeur, d'un goût agréable, légèrement sucré.

Nous ne donnerons pas ici les observations des malades que nous avons traités en suivant les principes énoncés dans cette note ; nous les publierons ultérieurement, s'il est nécessaire, mais il s'agissait de malades souffrant depuis de longues années, dans un état fort grave et qui avaient eu recours à bien des traitements divers. Le régime lacté les avait toujours améliorés, mais n'avait pu être continué pour les raisons que nous croyons avoir suffisamment développées.

COURRIER

Les ateliers de l'Imprimerie étant fermés lundi, JOUR DE L'AN, l'UNION MÉDICALE ne paraîtra pas mardi 2 janvier 1883.

—

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite de M. le baron Lucien Corvisart, ancien médecin de l'Empereur. Ses obsèques ont eu lieu mercredi 27 décembre, en l'église Saint-Pierre de Chaillot. Après la cérémonie religieuse, le corps a été transporté à Athis-Mons.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. Deschamps, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Nimier appelé à d'autres fonctions.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1883.

Président, M. Millard; — vice-président, M. Bucquoy; — secrétaire général, M. Desnos; — secrétaires annuels, MM. Duguet et Troisier; — trésorier, M. R. Moutard-Martin.

Comité de publication : MM. Kiéner, Cuffer, Desnos, Duguet, Troisier.

Conseil d'administration : MM. Cadet de Gassicourt, Legroux, Lereboullet, Hallopeau, du Cazal.

Conseil de famille : MM. Dujardin-Beaumetz, Labric, Féréol, Gingeot.

FIN DU TOME XXXIV (TROISIÈME SÉRIE).

Le gérant RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXIV

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1882.

A

D

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

T

U

V

W

Z

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, 22, rue Dussoubs.